Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств

Ян Прашко,
Петр Можны,
Милош Шлепецки
и коллектив

Ян Прашко, Петр Можны, Милош Шлепецки и коллектив

Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств

Институт общегуманитарных исследований

Москва

2015

УДК 615.8
ББК 53.57
П 13

Ян Прашко, Петр Можны, Милош Шлепецки и коллектив
Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015 — 1072 с.

Опубликовано издательством ТРИТОН Прага / Кромнержиш, Выканьска 5, 100 00, Прага 10, www.triton-books.cz
Авторы отдельных глав: Катерина Эспа-Червена, Иржи Горачек, Петра Гоубова, Франтишек Давид Крх, Томаш Новак, Ива Малкова, Беата Пашкова, Ян Прашко, Гана Прашкова, Ярослава Рауденска, Мабел Родригез, Петр Можны, Милош Шлепецки, Филип Шпаниел, Яна Выскочилова, Рихард Залески, Луцие Завешицка, Ян Збытовски
Рецензент Павла Геллерова
Психиатрическая клиника ВФН и 1. ЛФУК, Прага

Редакторы Ян Прашко, Петр Можны, Милош Шлепецки.

Данное фундаментальное руководство по когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) – важное событие для психотерапии, психиатрии и клинической психологии. Несмотря на беспрецедентный рост популярности КБТ в России, отмечается острый дефицит современных учебников и руководств, на которые можно опираться. Это фактически первое издаваемое на русском языке современное руководство по КБТ, в котором отражены самые последние достижения данного направления психотерапии. Раздел диагностика основан на многоосевом подходе, включающем информацию от близких пациента, бихевиоральный анализ его проблем, скрупулезный когнитивный анализ, а также развернутый функциональный анализ симптоматики. Терапевтических раздел охватывает широчайший спектр психической патологии и отдельных психологических проблем, включая управление гневом, трудности эмпатии, дефициты социальных умений и навыков. Читатель впервые в столь развернутом виде сможет познакомиться с КБТ шизофрении, биполярного расстройства, разных видов тревожных расстройств, расстройств пищевого поведения. Этот ценнейшее руководство чешских специалистов будет во многом содействовать росту профессиональной психотерапевтической культуры и повышению качества помощи. Оно открывает новые возможности освоения КБТ и, безусловно, будет широко востребовано психиатрами и врачами разных специальностей, психологами и социальными работниками, специалистами смежных профессий.

ISBN 978-5-88230-355-5

Содержание

Предисловие

Выход руководства по когнитивно-бихевиоральной психотерапии (КБТ) под редакцией чешских специалистов Яна Прашко, Петра Можны и Милоша Шлепецки – важное событие для отечественной психотерапии, психиатрии и клинической психологии. Если 20 лет назад в России среди профессионалов мало кто был даже знаком с когнитивно-бихевиоральной психотерапией, то сейчас большое число отечественных специалистов хорошо осведомлены о богатых возможностях КБТ в клинической практике и активно стремятся к освоению этого вида психотерапии. Этому не приходится удивляться, так как научная обоснованность и доказанная эффективность КБТ для лечения большинства форм психической патологии превратили ее в самый распространенный психотерапевтический подход в клинической практике многих стран мира.

Несмотря на беспрецедентный рост популярности КБТ в России, отмечается острый дефицит современных учебников и руководств, на которые могли бы опираться российские специалисты в своей повседневной практике. Можно по пальцам перечесть несколько классических монографий А. Бека и его коллег, которые пользуются большим спросом у отечественного читателя. Выход данной монографии является столь значительным событием, прежде всего, потому, что это фактически первое издаваемое на русском языке современное руководство по КБТ, в котором отражены самые последние достижения этого направления психотерапии. Оно открывает отечественным специалистам новые возможности освоения КБТ и, безусловно, будет широко востребовано психиатрами и врачами разных специальностей, психологами и социальными работниками.

Наш прогноз основан на несомненных достоинствах этого руководства, которые мы попробуем коротко перечислить. Учебник ориентирован на практиков, но вместе с тем он емко представляет теоретические основы КБТ в той мере, к какой они необходимы для понимания теоретических моделей, лежащих в основе техник и процедур КБТ – от классических бихевиоральных до современных когнитивных и интерперсональных. В учебнике с исчерпывающей полнотой представлен концептуальный аппарат современной КБТ, ее ключевые понятия и принципы. Особую ценность представляет приведенная типология деструктивных когнитивных процессов (негативных мыслей, интрузий, руминаций), имеющих автоматизированный характер и требующих особых специфических техник для их модификации. За этой типологией стоит значительный прогресс и важные достижения экспериментальной клинической психологии, с которыми авторы учебника знакомят специалистов-практиков. Чешским коллегам еще раз, вслед за А. Беком, удалось убедительно показать, что современная КБТ представляет собой высоко интегративный подход, вобравший себя наиболее конструктивные разработки из разных направлений психотерапии, при этом неизменно сохраняя собственный стержень – когнитивную концептуализацию как отдельных психических расстройств, так и индивидуальных проблем каждого пациента.

Учебник насыщен множеством таблиц, которые в простой доступной форме систематизируют сложные явления и понятия. Например, приводится описание типов переноса и контрпереноса, их проявлений и наиболее конструктивных способов поведения терапевта в каждом из случаев. Много внимания уделено работе со схемами на основе концепции личностной патологии Дж. Янга, что особенно актуально в связи с ростом числа личностных расстройств в популяции и их резистентности к большинству видов психотерапии.

Раздел диагностика заслуживает отдельного внимания, так как основан на многоосевом подходе, включающем информацию от близких пациента, бихевиоральный анализ его проблем, скрупулезный когнитивный анализ, а также развернутый функциональный анализ симптоматики.

Собственно терапевтический раздел охватывает широчайший спектр психической патологии и отдельных психологических проблем, включая управление гневом, трудности эмпатии, дефициты социальных умений и навыков. Российский читатель впервые в столь развернутом виде сможет познакомиться с КБТ шизофрении, биполярного расстройства, разных видов тревожных расстройств, расстройств пищевого поведения.

Практики смогут получить представление о техниках работы с разными процессами, включая не только мышление, но и внимание, дисфункции которого играют не меньшую роль в возникновении и течении психических расстройств. Наряду с традиционными когнитивными техниками в учебнике представлены техники экспериментального подхода, нарративные приемы, ролевые игры и тренинги.

Особую ценность представляют собой многочисленные формы и опросники для организации диагностической и терапевтической работы, которые широко представлены в как в тексте учебника, так и в приложении к нему.

Хочется надеяться, что этот фундаментальный труд наших чешских коллег будет во многом содействовать росту профессиональной психотерапевтической культуры в нашей стране и повышению качества помощи нуждающимся в ней людям.

Н.Г. Гаранян, *доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии МГППУ, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии ФБГУ «ФМИЦПН» Минздрава России*

А.Б. Холмогорова, *доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, заведующая кафедрой клинической психологии и психотерапии МГППУ*

1. Введение

Ян Прашко, Петр Можны, Милош Шлепецки

Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) — это психотерапевтическое направление, которое с момента своего создания непрерывно динамично развивается и меняется. Таким образом, после публикации первого учебника авторов Можны, Прашко «Когнитивно-бихевиоральная терапия: введение в терапию и практику» в 1999 гг. возникла необходимость обозначить новые теоретические идеи и более подробно описать использование КБТ при отдельных психических расстройствах. Влияние устоявшихся мнений велико. Поэтому когнитивно-бихевиоральная терапия и в настоящее время многими психологами и психиатрами до сих пор ассоциируется с классической бихевиоральной терапией, применявшейся 50 лет назад. Мы все еще можем столкнуться с мнением, что речь идет о поверхностном терапевтическом подходе, заключающемся в механическом применении терапевтических методов, целью которых является подавление внешних симптомов. Было установлено, что если устранение внешнего симптома прошло успешно, то, как следствие, нередко происходит так называемое перемещение симптома» что означает, что на месте устраненного симптома появляется другой симптом.

КБТ до сих пор ассоциируется с традиционной бихевиоральной терапией, при которой «терапевт» (кавычки здесь поставлены намеренно) путем систематического вознаграждения и наказания пациента обучает его способом, похожим на дрессуру животных в цирке.

Мы хотели бы обратить особое внимание на то, что эта идея и раньше считалась ошибочной, но, учитывая развитие, которое КБТ прошла за последние 2 десятилетия, она является полностью ложной.

КБТ в основном развивает **когнитивную теорию и практику,** так что даже если она сохранила некоторые из своих бихевиоральных корней — таких как систематическое изучение конкретных форм поведения, измерение интенсивности отдельных симптомов, обучение и развитие более адаптивных способов поведенческого реагирования и критической оценки эффективности отдельных терапевтических методов, то в настоящее время основное внимание уделяет изучению и влиянию «внутренних» психических процессов, таких как интерпретации, оценки себя и окружающей среды, системы убеждений и представлений о том, какой я есть на самом деле и каким является мир вокруг меня. Также особое внимание уделяется изучению того, как друг на друга влияют эмоциональные переживания и когнитивные процессы (т.е., с точки зрения непрофессионала, как друг на друга влияет разум и сердце) в конкретных ситуациях, как правило, межличностного характера. Гораздо больший (если не исключительный) акцент ставится на внутреннюю мотивацию пациента, которая является носителем изменений. На то, что терапевт сможет оказать влияние на внешнюю окружающую среду пациента, можно полагаться только в исключительных случаях, например, в программах обучения навыкам больных с тяжелыми психическими нарушениями или лиц, стра-

дающих аутизмом, у которых выявление и создание внутренней мотивации посредством вербального влияния очень затруднительно.

1. Т. е. современная КБТ не концентрирует внимание на симптомах, но считает изменение в интенсивности симптомов, которое наблюдается при лечении, существенным показателем. Не может считаться успешной терапия, при которой не происходит каких-либо изменений с нежелательными симптомами, с которыми клиент пришел в терапию.
2. Не является поверхностной! Она направлена на выявление причин психических расстройств и стремится к комплексному изменению отношения пациента к самому себе, к окружающей среде и к своим проблемам. Целью является повышение толерантности по отношению к фрустрации и улучшение эмоциональной саморегуляции, а также улучшение качества жизни пациента.
3. Не является манипулятивной! Хотя терапевт обучает пациента и дает ему совет в отношении методов, с помощью которых пациент может усвоить новые способы поведения и мышления, работа терапевта никогда не бывает жестко директивной; специалист не действует с позиции силы, но всегда открыто и по взаимному согласию с пациентом.
4. Не игнорирует существенное значение терапевтического альянса! Отношение доверия и взаимного сотрудничества в КТБ считается необходимым условием для достижения успеха в терапии.
5. Не отрицает значительное влияние бессознательных психических процессов! Теория бессознательных психических процессов основывается на достижениях когнитивной психологии и нейронауки. Сознательные когнитивные процессы считаются основным источником данных, основой для понимания конкретного индивидуального содержания бессознательных процессов и выявления убеждений каждого пациента. Не предполагается, что человек полностью отдан на произвол своим бессознательным процессам. Сознательные усилия для изменения ситуации рассматриваются как необходимое условие предпосылка терапевтического успеха.
6. Не является механической, а рассматривает каждого пациента и его проблемы как индивидуальный случай, требующий детального анализа, и терапевтические методы применяет «на заказ» гибко и креативно.

Благодаря акценту на внутренние когнитивные процессы как на ключевые факторы изменения психических процессов, КБТ **гораздо больше приблизилась к психодинамическим направлениям.** КБТ по своей сути является интегративным и прагматичным терапевтическим направлением. Как отметил Ф. Даттиллио (Dattilio, 2003), когнитивно-бихевиоральная терапия в свою теорию и практику включает знания и методы многих других психотерапевтических направлений, указанных (см. рисунок).

Одна из ключевых особенностей КБТ — сотрудничество с клиентом, который является для терапевта равноценным партнером. С этим связана другая характерная черта КБТ — использование понятного языка. Если вы хотите с кем-то сотрудничать, крайне важно, чтобы человек вас понимал. Таким образом, в КБТ мы пытаемся использовать общие термины при описании и объяснении причин психических расстройств, а также при объяснении смысла различных психотерапев-

тических методов. В некотором смысле КБТ представляет систематическое применение знаний здравого смысла в лечении психологических проблем.

Одной из основных проблем, препятствующих интеграции психотерапевтических направлений, является разная терминология, которая мешает взаимопониманию. Притом, что она основана на непрофессиональных, общепонятных терминах, КБТ предлагает интеграцию с другими психотерапевтическими направлениями. При более пристальном взгляде становится очевидным, что различий в терминологии больше, чем различий в теории, а различий в теории больше, чем на практике.

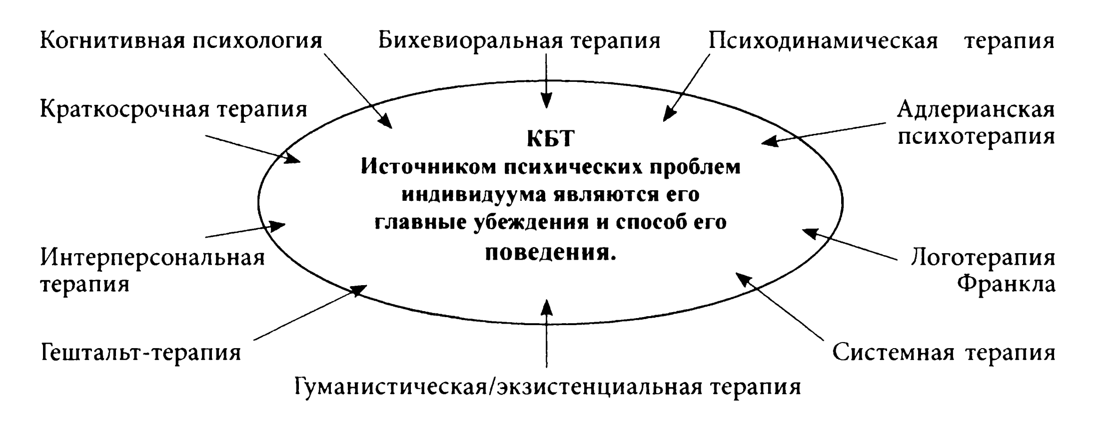


Рис. 1.1. КБТ как интегративная психотерапия (Dattilio, 2003)

Идеалом психотерапии, однако, даже в будущем не должна быть единая, всеохватывающая интегративная психотерапия с единой теорией, особенно с единой практикой. Так как психические расстройства слишком разнообразны, а терапевты и клиенты слишком разные, важно, чтобы каждый терапевт, действующий в любом направлении, ясно осознавал, для каких типов психических проблем терапевтический метод является самым подходящим, а также какому типу клиентов он может наиболее эффективно помочь.

Именно поэтому КБТ настаивала в прошлом и будет в будущем настаивать на необходимости критически анализировать существующие и вновь разрабатываемые теории и оценивать эффективность как традиционных, так и новых терапевтических методов и программ. Необходимо последовательно переходить от eminencebased (созданной специалистами) психотерапии к evidencebased (созданной на основе доказательных данных). (Благодарим доктора Коцоуркову за это элегантное терминологическое выражение.) В противном случае существует риск, что в дальнейшем будет происходить размывание уже и так не очень ясной границы между профессиональной психотерапией и различными «чудодейственными», шарлатанскими методами, чьи герои имеют больше амбиций, чем доказательств, подтверждающих их утверждения.

Взаимное сотрудничество между психотерапевтами, рекомендация и передача друг другу пациентов, которым не подходит и не помогает «мой» способ работы, должно стать скорее правилом, чем исключением.

Этот текст был написан в первую очередь для врачей в области психотерапии — психиатров и психологов, которые непосредственно занимаются лечением пациентов с психическими «расстройствами. Другой целевой группой являются врачи общей практики и специалисты соматических областей медицины (особенно неврологи, терапевты и реабилитологи), которые заинтересованы в использование рациональных психотерапевтических подходов для помощи пациентам. Во всем мире все чаще специалисты начинают обучение когнитивно-бихевиоральной терапии и внедряют психотерапию в свою практику. Третьей важной группой, для которой мы писали этот учебник, являются медицинские сестры, социальные работники и специалисты в области реабилитации. КБТ стала важной частью комплексных оздоровительных, реабилитационных, профилактических программ в поликлиниках, дневных психотерапевтических стационарах, в клиниках лечения боли, центрах для лечения ожирения, больничных программ в психиатрии и соматической медицине. Учебник может быть использован студентами медицинских вузов и факультетов психологии, которые собираются начать клиническую практику и хотят получить практическое знание об одном из самых влиятельных психотерапевтических направлений.

Издание имеет в основном практическое значение; теория сведена к минимуму, необходимому для понимания практических шагов.

Книга разделена на две части. Общая часть посвящена кратким теоретическим основам КБТ и практическим принципам оценки, измерения и лечения, которые могут служить в качестве основы для специфических программ лечения, разработанных для отдельных психических расстройств во втором специальном разделе.

2. Основные характеристики КБТ

Ян Прашко, Петр Можны

Начнем с краткой экскурсии в историю. Когнитивно-бихевиоральная терапия была создана около 20 лет назад посредством успешной интеграции двух первоначально обособленных психотерапевтических направлений — бихевиоральной терапии и когнитивной терапии.

Первой из двух направлений является *бихевиоральная терапия*, которая возникла в 1950-х гг. в Великобритании и США. Её создателями являются Х. Айзенк, Д. Вольпе, И. Маркс. Английское слово behavior (или behavior) означает деяние, поведение, действие. Бихевиоральные терапевты были сосредоточены в основном на детальном мониторинге и анализе поведения личности в определенной проблемной ситуации, пытались определить, какие воздействия окружающей среды влияют на это поведение. Целью терапии было с помощью систематического воздействия на последствия наблюдаемого поведения развивать желательное и подавлять нежелательное поведение, а также с помощью обучения развивать новые конструктивные способы поведения таким образом, чтобы человек был в состоянии самостоятельно решать свои проблемы и лучше справляться с ними. Бихевиоральные терапевты обычно не говорили со своими пациентами о диагнозах и заболеваниях, а обсуждали их проблемы и эффективные либо неэффективные способы их решения. Во время терапии пациент с использованием различных конкретных методов *обучался*, как ему изменить свое поведение так, чтобы он смог решать свои проблемы эффективно. Бихевиоральная терапия основана на теории научения, которая была создана Павловым, Уотсоном, Халлом, Скиннером. Преимуществами бихевиоральной терапии были подробный анализ, измерение отдельных компонентов проблемного поведения, демонстрация эффективности терапевтических процедур с использованием научной методологии — путем сравнения достигнутых изменений в экспериментальной группе пациентов по сравнению с контрольной группой, в лечении которой были использованы стандартные методы. При некоторых психических расстройствах, особенно при тревожных расстройствах (таких как агорафобия, паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство), при недержании мочи и нарушениях поведения у детей и людей с умственной отсталостью, при расстройствах пищевого поведения или функциональных сексуальных расстройствах — эффективность бихевиоральной терапии была экспериментально доказана научными исследованиями. Бихевиоральная терапия в этих случаях считалась более эффективной, чем старые психодинамические формы психотерапии.

Когнитивная терапия возникла в 60-70-х гг. в США, её создателями считают А.Т. Бека и А. Эллиса. Латинское слово *cogito* означает «думать», *cognition* «знание или познание». Английское слово *cognition* означает «знание, сознание, мышление, познавательный элемент эмоций». Термином «когнитивный» обозначают процессы получения, обработки, оценки и хранения информации, полученной из внешней и внутренней окружающей среды. Вероятно, самым близким эквивалентом слова «познание» является термин «мышление», но сюда включены

и такие высшие нейрокогнитивные функции, как внимание и память. Большая часть обработки информации происходит на бессознательном уровне, поэтому мы отличаем сознательные и бессознательные когнитивные процессы, в то время как слова «бессознательное мышление» обычно не используются. Подобно тому как бихевиоральная терапия фокусируется на анализе и изменении поведения, когнитивная терапия направлена на анализ и модификацию мышления, идей, убеждений, представлений. Основным теоретическим основанием когнитивной терапии является тезис когнитивной психологии «Организм реагирует прежде всего не на свое окружение, но на мысленное представление своего окружения» (Mahoney, 1974). Это мнение можно найти уже в римской философской школе стоиков, представитель которой Эпиктет сказал: «*Нас беспокоят не сами вещи, а наше представление о вещах*». Когнитивная терапия в своих терапевтических методах основывается на знаниях когнитивной психологии. Целью когнитивной терапии является анализ и изменение мышления пациента так, чтобы он осознал свои дисфункциональные, иррациональные и неадаптивные убеждения и способы мышления, чтобы они были заменены рациональным, функциональным и адаптивным мышлением. Эффективность когнитивной терапии была подтверждена в исследованиях сначала при депрессиях. В последние десятилетия её применение распространилось на другие психические нарушения — тревожные расстройства, расстройства личности, соматоформные расстройства, нарушения сна, бредовые галлюцинаторные переживания при шизофрении.

Как вытекает из сказанного, бихевиоральные терапевты ориентировались прежде всего на анализ и модификацию поведения, а когнитивные терапевты — на анализ и модификацию мышления. В начале 1980-х гг. авторы (A.A. Lazarus, D. Meichenbaum, M. Mahoney) пытались объединить оба терапевтических подхода в одно направление, которое сочетало бы в себе терапевтические процедуры обоих направлений, эффективность которых была бы выше, чем эффективность исходных направлений по отдельности. Эта интеграция прошла успешно, и КБТ с тех пор превратилась в уважаемое психотерапевтическое направление с широким применением в лечении психических расстройств. Основываясь на теории, получается, что причинами психологических проблем являются некорректные способы поведения и способы мышления, что эти ошибочные способы мышления и поведения усваиваются и поддерживаются узнаваемыми внешними и внутренними факторами. При успешной терапии пациент может от этих ошибочных способов поведения и мышления отказаться и обучиться новым, более подходящим способам решения своих проблем. КБТ является одним из методов лечения тревожных расстройств, депрессии, обсессивно-компульсивного расстройства, посттравматического стрессового расстройства, соматоформных расстройств, нарушений сна, сексуальной дисфункции, расстройств личности. КБТ как часть комплексной программы лечения и реабилитации применяется при лечении более тяжелых психических расстройств, органических заболеваний головного мозга и многих других соматических болезней. КБТ может быть использована в амбулаторных условиях, при госпитализации, в виде индивидуальной, групповой, парной и семейной терапии.

Когнитивно-бихевиоральные терапевты пытаются адаптировать терапию для индивидуальных потребностей конкретного пациента, следовательно, в своей практике они очень гибки. Любая попытка охарактеризовать данное направление является в большей степени упрощением; на практике мы находим больше исключений, чем методов лечения, которые идеально соответствовали бы указанной ниже характеристике. С учетом данного замечания можно отметить, что КБТ характеризуется следующими особенностями:

1. **Она относительно краткосрочна и ограничена по времени.**
   КБТ, как правило, длится несколько месяцев; в исключительных случаях дольше, чем один год; пациент с этим фактом ознакомлен с самого начала. Количество сеансов варьирует от одного до 20, один сеанс, как правило, длится от 45 до 90 мин., частота сеансов в начале терапии составляет от одного до 2 раз в неделю, позднее — раз в 2 недели и до одного раза в месяц. Обычными являются поддерживающие сеансы один раз за 2—3 месяца.
2. **Она структурированная и в основном директивная.**
   Для того чтобы наилучшим образом использовать терапевтическое время, основной процесс терапии и отдельные сеансы имеют предварительно структурированную программу. КБТ является директивной в том смысле, что ориентирована на конкретную проблему и достижение поставленных целей. Терапевт изначально более активен и берет на себя роль эксперта, но постепенно переносит ответственность в течение терапии на пациента; его активность уменьшается.
3. **Отношения между терапевтом и пациентом построены на взаимном сотрудничестве.**
   Основой терапевтических отношений в КБТ является открытое активное сотрудничество. Терапевт предоставляет необходимую информацию для пациента, объясняет ему смысл каждого терапевтического процесса. Он является открытым, чутким и принимающим. Он использует только понятия, которые принимает пациент, не пытается манипулировать пациентом, не говорит ничего, кроме того, о чем действительно думает. От пациента он ожидает, что тот будет активно пытаться решить свои проблемы, открыто говорить и записывать свои мысли, эмоции и переживания, будет готов попробовать новые способы мышления и поведения даже при временном повышение эмоционального дискомфорта.
4. **Основывается на всесторонней теории происхождения и поддержания психологических расстройств.**
   КБТ основана на теории научения и когнитивной психологии. Использование определённых терапевтических процедур всегда теоретически обосновано и опирается на детальный анализ конкретных проблем и потребностей каждого пациента.
5. **Направлена на решение существующих проблем.**
   Хотя знание обстоятельств, при которых возникла проблема и процесс ее развития, является частью изучения и анализа проблемы, большая часть времени в терапии используется для решение текущих проблем, преодоления внешних и внутренних факторов, которые способствуют поддержанию проблемы.

6. **Направлена на конкретные проблемы.**

   Для КБТ обследования характерно то, что оно направлено на выявление существующих, конкретных, наблюдаемых, осознаваемых проблем. В рамках КБТ мы стремимся к точному определению проблемы с точки зрения наблюдаемого поведения и конкретных мыслей, представлений и убеждений в конкретных ситуациях. Также мы используем диагностические категории, но считаем их слишком общими для раскрытия особенностей проблем каждого конкретного пациента. Таким образом, мы не можем определить проблему клиента как агорафобию, но опишем её, например, как неспособность выйти из дома в одиночку далее, чем на 50 м и более чем на 5 мин.

7. **Направлена в основном на факторы, которые поддерживают проблему.**

   По сравнению с психодинамическими направлениями психотерапии, при КБТ мы меньше сосредоточены на давних причинах проблемы. Для проблем, которые длятся в течение длительного периода времени, определение их первоначальных причин всегда спекулятивное, возможные гипотезы в этом направлении трудно проверить. В отличие от этого актуально существующие факторы, которые поддерживают эту проблему (например, поведение избегания при агорафобии или дисфункциональное убеждение «Никто не может меня любить»), можно детально проанализировать, гипотезы об их влиянии можно проверить эмпирически.

8. **Используемые терапевтические методы являются не самоцелью, а средством для достижения определенной цели, которую пациент и терапевт согласовали заранее.**

   При формулировке целей мы так же, как при формулировке проблемы, стараемся, чтобы они были конкретными, функциональными, практичными, чтобы была возможность определить, были или не были они достигнуты. Например, не является подходящей целью терапии установка «вылечить агорафобию», но как одну из целей возможно установить «Я буду в состоянии ходить один за покупками в супермаркет раз в день».

9. **КБТ направлена на конкретные жизненные изменения.**

   Прежде всего считается важным то, как пациент меняет свое поведение в период между сеансами в естественной среде, а не то, как меняется поведение на сеансе. Для оценки этих изменений и эффективности терапии, с одной стороны, мы используем различные рейтинговые шкалы; с другой стороны, пациент в период между сеансами обучается новым формам поведения и способам преодоления проблем (т. е. домашнее задание).

10. **КБТ является научно-обоснованным видом психотерапии.**

    При КБТ мы действуем таким образом, чтобы собрать конкретные факты, изменяем частоту, продолжительность и степень тяжести проблемного поведения. Исходя из полученных данных, мы затем создаем гипотезу о взаимодействии различных фактов; эти гипотезы мы эмпирически проверяем. Мысли и убеждения пациента расцениваем как гипотезы, чья реалистичность или нереалистичность должна быть рассмотрена и проверена на практике.

11. **КБТ является образовательной, ее конечной целью является независимость клиента.**

    Типичным для КБТ является образовательное направление и стремление к самодостаточности пациента. С помощью регулярной практики он получает определенные навыки, учится управлять внутренними состояниями, внешними пугающими ситуациями, развивает свои способности и уверенность в себе. Постепенно он будет успешно справляться со своими проблемами и перестанет нуждаться в терапевте.

КБТ обращает на себя внимание трезвым прагматичным подходом, который избегает мистики, спекуляции и непонятной терминологии, а также тем, что она пытается опираться на конкретные факты и критически их исследовать.

Другим преимуществом является её доказанная эффективность, проверенная на больших группах пациентов и многолетним катамнестическим мониторингом. Сила, но иногда и слабость КБТ в том, что она пытается приблизить психотерапию к науке и отдаляет ее от искусства и философии.

3. Теория КБТ

Ян Прашко, Петр Можны

Когнитивно-бихевиоральная терапия была создана в конце 1970-х гг. в Англии путем интеграции исторически ранних подходов бихевиоральной и когнитивной терапии. При КБТ терапевт пытается проанализировать неадекватные модели мышления и поведения, понять, как были сформированы эти модели и что их поддерживает, в ходе терапии помогает пациенту изменить их на более адаптивные, конструктивные и эффективные стратегии, которые смогут смягчить или устранить его негативные эмоциональные состояния — тревогу, депрессию.

Исторически более ранним подходом является бихевиоральная терапия. Ее развитие началось в 1960-х гг. независимо в Англии и в Соединенных Штатах. Бихевиоральная терапия начала исследования в экспериментальной психологии. Она основывалась главным образом на экспериментально доказанных связях между стимулом и реакцией. Теория бихевиоральной терапии появилась в результате исследований конца XIX-начала XX вв. Результаты лабораторных исследований поведения животных были постепенно применены на человеке. Этот период связан с именем И.П. Павлова (классическое обусловливание), в 30-х гг. — в Америке с именем Д. Уотсон, особенно в 50-х гг. — с именем Б.Ф. Скиннера (оперантное обусловливание). Для бихевиоральной терапии является типичным убеждение, что психические расстройства различного рода являются в основном привычными поведенческими реакциями.

Бихевиористы исходили из основных предположений:

а) несмотря на то что определенные психологические процессы являются врожденными, инстинктивными (темпераментными), решающую долю человеческого поведения составляют реакции, выученные в течение жизни на основе опыта с импульсами из окружающей среды (характерные);

б) неуместному (неприспособленному) поведению человек учится таким же образом, как и адаптивному поведению;

в) неадекватное поведение возможно устранить либо заново переучиться, используя те же принципы обучения, которые привели к его созданию;

г) условия, которые привели к созданию определенного поведения, не обязательно должны быть те же самые, которые приводят к его устойчивости (Мардоч, Баркер, 1996). Поэтому они должны руководствоваться экспериментально установленными законами обучения; так же, как возможно научиться определенному нежелательному поведению, можно и переучиться на адаптивные формы поведения.

Если терапевт организует подходящим образом внешние условия, переобучение происходит автоматически. В соответствии с данной концепцией не происходит изменение эмоций или мышления, но напрямую происходит изменение поведения. Однако очевидно, что ориентированная таким образом терапия была способна эффективно лечить только некоторые заболевания, например, специ-

фические фобии, агорафобии, обсессивно-компульсивное расстройство, самоповреждение среди людей, страдающих аутизмом и умственно отсталых лиц.

С 1960-х гг. произошло 2 существенных изменения в развитии экспериментальной психологии. Теоретически были изучены социальные аспекты обучения (Бандура,1977), произошла так называемая когнитивная революция: активно стало развиваться изучение когнитивных аспектов психики. Все больше бихевиоральных терапевтов стали обращать внимание на субъективный опыт личности. Развитие когнитивной терапии произошло в70-е гг. в США. Ее создатели обращали внимание на познавательные процессы, особенно мышление, позднее — отношения. Подход, близкий к когнитивной терапии, можно обнаружить у Сократа. В логически проводимом диалоге он концентрирует внимание на суть дела и внезапно, часто и неожиданно освещает рассматриваемую тему. В честь него когнитивные терапевты назвали одну из наиболее эффективных стратегий сократическим диалогом. Непосредственным предшественником когнитивной терапии является А. Эллис, который свой подход назвал рационально-эмотивной терапией (Эллис, 1962). Эллис вел своих пациентов к тому, чтобы при обсуждении они осознавали собственные иррациональные ложные убеждения, чтобы вместо них они создавали рациональные, логические и функциональные убеждения. Один из основателей когнитивной терапии, А.Т. Бек, создал теорию депрессии, которая предполагает, что источником депрессивного мышления и поведения являются отрицательно искаженные стереотипы мышления. По Беку (1989), ранний опыт формирует у людей так называемые когнитивные схемы — жесткие абсолютно безусловные мнения о себе, мире и будущем.

Наиболее интенсивно КБТ начала развиваться в 1980 гг. В это время произошло значительное развитие когнитивной психологии и уклонение от изучения моделей научения на животных. Бихевиоризм в теории дошел до кризиса, потому что исследования не смогли простым наблюдением поведения убедительно объяснить различную реакцию организма на одинаковые импульсы и на различную эффективность определенной терапевтической процедуры для разных пациентов. Напротив, теория когнитивных процессов и создание когнитивных моделей психических расстройств быстро и успешно развивались. Из бихевиоральной терапии пришло новое терапевтическое направление с акцентом на *эмпирические проверки* новых теорий и доказательством эффективности терапевтических процедур с использованием научных методов. Именно с развитием когнитивной терапии повысился *интерес к изучению и измерению психических переменных*, таких как ожидание, атрибуция, оценивание, а также основных предпосылок и схем оценки.

Можно сказать, что бихевиоральная терапия предоставила *метод*, т.е. подход к подробному анализу и мониторингу стимулов, которые поддерживают исследуемую проблему и количественную оценку изменений, достигнутых в ходе терапии.

Когнитивная терапия добавила новое содержание в изучение новых аспектов, которые позволили лучше понять проблему и предсказать эффект от использования данной терапии. Интеграция когнитивной и бихевиоральной терапии позволила применять КБТ при лечении многих психических расстройств. Эффективность КБТ была в течение последнего десятилетия доказана при паническом

расстройстве (Барлоу Д. и Черны, 1990), социальной фобии (Гемберг и соавт., 1993), ипохондрическом расстройстве (Варвик и соавт., 1989), депрессии (Блэкбум и соавт., 1981), генерализованном тревожном расстройстве (Батлер и соавт., 1991), агорафобии (Эммелкамп и соавт., 1982). Существуют более ранние исследования, доказывающие эффективность КБТ в лечении острых психотических симптомов, т. е. бреда и галлюцинаций, которые не реагируют на лечение антипсихотическими препаратами (Кингдон и Туркингтон, 1996, Чедвик и соавт., 1996), при лечении синдрома хронической усталости (Шарпэ, 1996) либо при расстройствах пищевого поведения (Фэрбурн, 1997). Когнитивно-бихевиоральные лечебные программы для семей больных шизофренией (Фэллон и соавт., 1984; Тэррир и Бэрроуклоу, 1992) эффективно улучшают течение этого серьезного психического заболевания. Еще одним важным направлением, в котором КБТ успешно применяется, называют поведенческую медицина, которая использует психологические методы для повышения эффективности лечения соматических заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, хроническая боль или синдром раздраженной толстой кишки (Пирс и Уордл,1989).

3.1. Теория научения

Научение может быть определено как *относительно постоянное изменение в поведении, которое является результатом обучения* (Аткинсон и соавт., 2003). Мы можем различать четыре основных типа научения: габитуация, классическое обусловливание, оперантное обусловливание, комплексное научение.

Простейшим видом научения является привыкание (габитуация). Понятие «габитуация» включает постепенное игнорирование стимула, который нам известен, и который имеет нейтральные или серьезные последствия. Просто нам необходимо к нему привыкнуть. Классическое и оперантное обусловливание предполагает создание ассоциаций (некоторые стимулы должны быть вместе). Обусловливание является процессом научения, при котором происходит ассоциация первоначально нейтрального стимула с другим стимулом на основании повторного соединения обоих раздражителей. При *классическом* обусловливании организм постепенно привыкает, что одно событие следует за другим. Ребенок понимает, глядя на грудь, что последует приятный вкус молока. При *оперантном* обусловливании организм постепенно учится, что когда он себя ведет определенным образом, он будет иметь определенные последствия. Произойдет наказание или, наоборот, вознаграждение, а наказания не будет. При *комплексном научении* происходят более сложные процессы. Происходит создание ментальных карт окружения (когнитивные карты) и использование различных стратегий для решения проблем (с применением процессов дедукции, индукции, обобщения, селективный отбор фактов, и т.д.). Кроме того, существует много других видов научения, — импринтинг, моделирование, имитация, субсидиарное научение. Тем не менее они являются производными от основных видов научения.

3.1.1. Экспериментальные модели

3.1.1.1. Условный рефлекс и классическое обусловливание

Первые эмпирические основы бихевиоризма появились в начале XX века. Классическое обусловливание является одной из форм научения, которая является общей для всех животных, включая человека, и появляется даже у одноклеточных организмов. И.П. Павлов (1927) показал, что рефлекторные (инстинктивные) реакции можно вызвать в организме и действием нейтральных стимулов, которые сами по себе не вызывают эти реакции$ таким образом, организм научится отвечать на возникшие нейтральные раздражители определенной рефлекторной реакцией. Подача еды — *безусловного стимула* — собаке приводит к *безусловному рефлексу* — автоматическому слюноотделению. Если подача пищи ассоциируется со звуком звонка — *условный стимул* — после нескольких повторений происходит слюноотделение после самого звука — возникает *условный рефлекс*. Если после звука звонка не последует безусловный раздражитель, после нескольких таких воздействий произойдет постепенное *угасание* условного рефлекса. Важным результатом было то, что есть возможность обусловливать как эмоциональные, так и физические реакции, которые имеют большое значение для понимания психопатологических феноменов. Обучение через форму классического обусловливания можно представить следующим образом:

1) безусловный раздражитель (еда)	→ безусловная реакция (слюноотделение)
2) безусловный раздражитель +условный стимул (еда) (звонок)	→ безусловная реакция (слюноотделение)
3) условный раздражитель (звонок)	→ условная реакция (слюноотделение)

Посредством следующих экспериментов было показано, что даже после формирования условного рефлекса необходимо, чтобы условные и безусловные стимулы иногда применялись совместно, в противном случае условный стимул постепенно перестанет вызывать (запускать) условный рефлекс; это называется *угасание* условных рефлексов. Этот тип обучения происходит автоматически, без сознательного и волевого контроля. Предполагается, что данным образом возникнут некоторые автоматические реакции, например, тревожные состояния или вспышки гнева у пациентов.

Если какой-либо условный стимул постоянно связан с безусловным, для некоторых новых импульсов он может играть роль безусловного раздражителя. Мы говорим об **обусловливании второго порядка.** Если испытуемая собака при выдаче пищи каждый раз видела свет, то свет у собаки начинает вызывать слюноотделение, как при выдаче пищи. Когда собака участвует в эксперименте с подачей звукового сигнала, после которого последует включение света (но не подача еды), в конечном итоге звуковой сигнал вызовет слюноотделение, хотя он никогда не был в паре с раздачей пищи (тем не менее иногда должно быть усилено начальное соединение свет-пища, иначе оно угасло бы). Изучение обусловливания значительно расширило влияние классического обусловливания.

Если условная реакция связана с определенным стимулом, то другие стимулы, которые на него похожи, могут вызывать одинаковый условный рефлекс. Мы говорим о **генерализации (обобщении)** стимула. Чем больше новый стимул похож на первоначальный, тем больше вероятность того, что он вызовет условный рефлекс.

Обратный процесс называется **условной дискриминацией** (различием). При повторном воздействии подобных стимулов, когда один соединен с безусловным раздражителем, а другой нет, то организм начинает различать оба раздражителя. На следующем этапе можно создать меньшую разницу между стимулом и продолжением; через некоторое время организм начинает подвергаться дискриминации и реагировать только на стимул, связанный с безусловным раздражителем. Условная дискриминация возникает в результате селективного укрепления и угасания.

Классическое обусловливание играет важную роль при эмоциональных реакциях. В раннем детстве может возникнуть много страхов и реакции беспомощности. Например, ребенка приводят к врачу, где у него будет повторная болезненная процедура. Как следствие в будущем, ребенку достаточно увидеть белый халат на поваре, чтобы возникла сильная тревога.

Эта теория, однако, не объясняет, почему гневная или беспокойная реакция сохраняется даже тогда, когда безусловный раздражитель (например, реальная угроза) в данной ситуации не повторяется; т. е. почему иногда даже после долгого времени не происходит угасание условных рефлексов. Это объясняет так называемую **теорию двухфакторного страха** Морера (1947). По данной теории, страх возникает после специфического раздражителя классическим обусловливанием. Животное (но и человек) будет **избегать** условного раздражителя, страх будет снижаться.

Страх познается двумя этапами:

1. Определенная ситуация (классическим обусловливанием) приводит к развитию страха.
2. Поведение избегания делает невозможным угасание выученной реакции; оно поддерживается за счет снижения страха.

Это ожидание беспокойства со временем генерализуется в других ситуациях, реакция страха, таким образом, развивается при менее специфических импульсах.

Индивид предпочитает избегать ситуаций, при которых предположительно может возникнуть страх. Этот механизм поддерживает аффективную реакцию посредством поведения избегания. Человек с функциональными повреждениями начнет умышленно избегать условного импульса (перестанет после ссоры говорить с матерью, перестанет ходить через парк, где он был укушен собакой, или по улице, где на него напали), может произойти угасание условных рефлексов, так как условный раздражитель не может работать без безусловного раздражителя. Чуть позднее мы рассмотрим понятие «оперантное обусловливание».

Соломон и Уинн (1954) экспериментально доказали, что поведение избегания по отношению к сильно отрицательным стимулам обладает высокой устойчивостью к спонтанному угасанию и сохраняется долгое время после того, как предыдущее обусловливание было завершено. Собак научили, что после включения

света им будет в лапы направлен неприятный электрический разряд. Затем, после включения света, им позволяли выпрыгивать в соседнюю клетку, где они не получали удар. Собаки выскакивали из клетки каждый раз, когда зажигался свет, хотя в нее уже давно не давали электрический разряд. В терапии мы подводим пациента к тому, чтобы он повторно попал под влияние условного стимула, чтобы постепенно происходило угасание условного рефлекса. Мы предполагаем, что дойдет до того, что условный стимул (представление собаки, вызывающее беспокойство) перестанет вызывать у пациента условный рефлекс страха. Вольпе (1958) позже назвал этот процесс **систематической десенсибилизацией**. С помощью метода **наводнения** (flooding) создаются условия длительного воздействия условного раздражителя максимальной силы до того момента, пока условный рефлекс не перестанет появляться (Мердок, Баркер, 1996).

3.1.1.2. Контекстное обусловливание

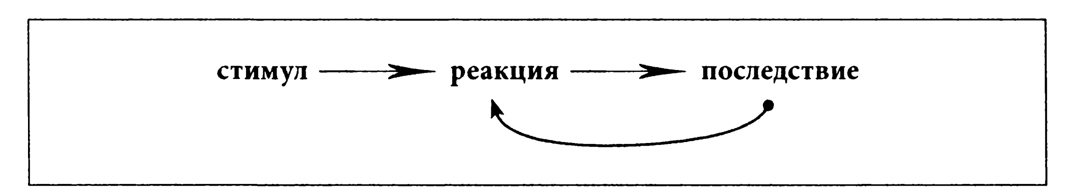
У многих пациентов, страдающих тревожными расстройствами (паническое расстройство с агорафобией, специфическая фобия или посттравматическое стрессовое расстройство), могут оставаться яркие воспоминания о травматическом событии (в случае панического расстройства может начаться приступ паники), катастрофические представления и мысли, а также физические симптомы тревоги, вызванные различными сенсорными и когнитивными стимулами, которые были связаны с прежними травматическими событиями (Zola-Morgan, Squire, 1991). Впоследствии потерпевший начинает избегать жизненных ситуаций, в которых могут появиться эти импульсы, и становится в целом повышено эмоционально раздраженным. Как специфическое, так и контекстное обусловливание страха может быть хорошо показано и объяснено на основе экспериментов с лабораторными животными. Как уже было отмечено, животные, подвергшиеся эмоционально нейтральному зрительному или слуховому условному раздражителю в сочетании с аверсивным безусловным раздражителем, научатся условной эмоциональной реакции на условный стимул даже при отсутствии безусловного раздражителя. Условная эмоциональная реакция, однако, также появляется в ситуации, когда животные помещены в среду, где они были изначально подвергнуты аверсивному безусловному раздражителю. В последнем случае стимулом становится ситуация со многими изначально нейтральными контекстами и аспектами (Филлипс, Леду, 1992). Если условная эмоциональная реакция лабораторных животных однажды возникнет, она сохранится в течение многих лет и будет относительно устойчива к угасанию (Дэвис, 1990). Контекстное обусловливание страха требует больше выдержки к аверсивным безусловным стимулам, чем специфическое обусловливание. Кроме того, чем интенсивнее безусловный стимул, тем больше тело становится чувствительным раздражителям в окружающей среде.

Один рабочий, переживший обрушение в шахте, где погибли несколько мужчин (в то время как он покинул свое рабочее место), не может ездить в город, где это произошло. Когда он едет на дачу, то объезжает это место. Он не в состоянии читать что-либо о горнодобывающей промышленности или о шахтах, все связанное с данной темой не может смотреть по телевизору. Он старается избегать этого, потому что иначе возвращаются воспоминания ужаса или депрессии.

3.1.1.3. Оперантное обусловливание

Классическое обусловливание не применяется в случаях, когда организм учится совершенно новым формам поведения. Чтобы, например, научить собаку новым трюкам, мы должны её вознаградить; если мы хотим отучить от чего-либо, то накажем её. Организм в таких случаях, следовательно, не реагирует пассивно на стимул, как это было в случае классического обусловливания, но сам активно ведет себя так, чтобы в окружении вызвать некоторые изменения; мы говорим о законе эффекта. Вероятность того, что определенное поведение будет повторяться, зависит от последствий, которые они вызывают.

Второй принцип, известный как оперантное обусловливание (эта форма научения тоже является общей для людей и животных), был описан американцами Торндайком, Толмэном и Гатри. Исследователи обнаружили, что когда после конкретного поведения следует награда, увеличивается вероятность последующего возникновения такого поведения; если оно сопровождается неприятными последствиями, то наказание будет повторяться реже. Скиннер (1953) дал этому принципу дал определение «укрепляющий стимул». Этот тип научения не ограничивается только врожденными рефлексами, но распространяется на все виды поведения организма. Согласно этой модели научения предыдущий стимул (антецедент) вызывает определенное поведение (реакцию), первоначально совершенно случайное. При определенном поведении организм учится, и если вследствие такого поведения организм получает желательные (положительные) эмоции, то поведение укрепляется, т. е. в будущем после данного стимула будет повторяться с большей вероятностью. Однако если последствие является нежелательным (негативным), то это поведение ослабевает, т. е. оно будет после данного стимула повторяться с меньшей вероятностью. Этот тип обучения может быть продемонстрирован символически.



Согласно этой модели тело учится ожидать последствий определенного поведения, на основании данного ожидания (которое может иметь сознательную или бессознательную природу) поведение меняется. Скиннер в экспериментах с животными доказал, что с помощью систематической манипуляций с желательными (например, вознаграждение едой) и нежелательными (например, электрический разряд) последствиями определенного поведения экспериментальных животных можно научить очень неестественным формам поведения (это хорошо знает каждый посетитель цирковых представлений). Скиннер предполагал, что те же законы выбора поведения на основе его последствий распространяются на людей. Проще говоря, поведение человека является функциональным и направлено на достижение желаемого результата и на избегание нежелательных последствий. Антецеденты, т.е. стимулы, которые предшествуют определенному поведению,

автоматически не запускают определенные формы поведения, но предупреждают организм, что некоторые желаемые эффекты могут быть достигнуты в данной ситуации или что могут возникнуть определенные нежелательные последствия. В то же время, антецедентами могут служить только стимулы, которые организм способен различать, — т. е. дискриминировать, от остальных нейтральных стимулов. Эти стимулы называют *дискриминационными*.

Согласно теории оперантного обусловливания вероятность конкретного поведения определяется его последствиями. В своей простейшей форме эта модель не нуждается в объяснении определенного поведения, никаких дополнительных переменных, т. е. мыслительных или других внутренних процессов в организме. В соответствии с этой моделью организм состоит из так называемого черного ящика (т.е. среды), в который нельзя заглянуть. Скиннер предполагал, что внутренние психические процессы в организме не доступны для объективного наблюдения и исследования, поэтому в данном случае невозможно применить методологию научного познания. Он думал, что для того чтобы мы могли точно предсказать поведение человека и изменить его на желаемое, достаточно определить взаимосвязь между моделями открытого поведения, его антецедентами и последствиями.

Экспериментально доказано, что систематическим манипулированием можно изменить последствия определенного поведения. В то же время мы различаем положительное и отрицательное усиление определенного поведения, а также позитивное и негативное ослабление поведения.

Таблица 3.1. Типы оперантного обусловливания

Вероятность наблюдаемого поведения	**Внешнее событие после наблюдаемого поведения**	
	Последствие присутствует (оно предоставлено)	Последствие отсутствует (оно устранено)
↑	Положительное подкрепление (вознаграждение)	Отрицательное подкрепление (облегчение, отсутствие наказания)
↓	Положительное ослабление (наказание)	Отрицательное ослабление (отсутствие вознаграждения)

1. **Положительное подкрепление** — это процесс, в котором поведение наблюдается с большей частотой, так как оно сопровождается положительным событием. Обычно в этих случаях речь идет о вознаграждениях, т. е. определенное поведение вознаграждается таким образом, что приносит человеку что-то желаемое, например, деньги, восхищение, заинтересованность.

   Четырехлетняя Мария бросается перед кассовым аппаратом в супермаркете на пол, руками и ногами громко стучит о пол и кричит, что она хочет леденец. Ее мать через некоторое время леденец купит, потому что ей стыдно за поведение Марии. В следующий раз сцена повторяется.

2. **Отрицательное подкрепление** — это процесс, в котором вероятность определенного поведения увеличивается, потому что после него не происходит

ожидаемое негативное событие (приводит к устранению или ослаблению определенного нежелательного влияния или состояния, т. е. к облегчению). Например, при поведении избегания тревога человека укрепляется тем, что избегание приводит к кратковременному снижения беспокойства.

Павел после входа в метро испытывает сильное беспокойство. Если, он выбежит из поезда, то произойдет облегчение. В следующий раз на метро он уже не поедет. Похожие тревоги появляются и в трамвае. Павел снова выбирает бегство. Ситуация повторяется несколько раз. Павел начинает беспокоиться, появляются физические симптомы каждый раз, когда он воображает, что он должен войти в трамвай или ехать на метро.

Станда обеспокоен страхом инфекции мочевыводящих путей из-за опасений, что он потом будет не в состоянии мочиться, что у него лопнет мочевой пузырь, и он умрет. Поэтому он каждый час измеряет температуру тела, чтобы проверить, нет ли у него лихорадки. После измерения температуры и обнаружения, что у него ее нет, тревога на некоторое время спадает. Через какое-то время она, однако, появляется снова. Поэтому Станда измеряет температуру все чаще, общий уровень тревоги становится все выше.

3. **Положительное ослабление** — это процесс, в котором вероятность определенного поведения снижается, потому что оно привело к нежелательным и неприятным последствиям. В этих случаях мы говорим о наказании, когда определенное поведение приводит к боли, насмешкам, тревоге.

Иржина неоднократно пыталась преодолеть социальную тревожность, ответила на несколько объявлений о знакомстве. Но когда она шла на встречу, закоченела, дрожала, ни о чем не могла думать и была не в состоянии общаться с мужчиной. После каждой встречи она себя сразу корила. Ни один мужчина, с которым она встречалась, ей потом не перезвонил, хотя из вежливости все брали у нее номер телефона. Иржина в итоге перестала отвечать на объявления о знакомстве.

4. **Отрицательное ослабление** — это процесс, при котором вероятность определенного поведения уменьшается, так как оно не приводит к ожидаемым последствиям; например, готовность идти на работу уменьшится, если работник перестанет получать зарплату, которую он ожидает. Мы говорим о подавляющем отсутствии награды.

Вэндула начала работать с врачом, регулярно и тщательно выполняла свою домашнюю работу. Первоначально терапевт внимательно проверяла ее домашние задания. Вэндулу это подбадривало продолжать работу. Через некоторое время терапевт перестала уделять ее домашним заданиям столь пристальное внимание. Казалось, что ей скучно их смотреть. Вэндула начала отказываться от выполнения задач, в итоге вовсе перестала выполнять их. Первоначальное значительное улучшение состояния остановилось на мертвой точке.

Лабораторные эксперименты показали, что *непосредственное* подкрепление является более эффективным, чем подкрепление с перерывом времени, потому что чем больше задержка между оперантом и подкреплением, тем меньше сила

рефлекса. С этой точки зрения очень печально, что время между совершением преступления и наказанием за него бывает очень длительным, потому что потом наказание не окажет желаемый эффект на преступника.

На практике доказано, что вероятность определенного поведения в зависимости от его антецедентов и последствий может с определенной степенью точности быть определено только с помощью испытаний на животных (намного лучше на крысах, чем на кошках) в лабораторных условиях. В реальной жизни поведение человеческих индивидов намного сложнее предсказать, индивидуальные антецеденты и последствия труднее обнаружить и контролировать. Тем не менее принципы оперантного обусловливания в повседневной жизни постоянно применяются. Каждый из нас пытается вести себя так, чтобы определенное поведение привело к желаемому результату, чтобы он уклонился или избежал нежелательных последствий. С другими людьми мы ведем себя таким образом, чтобы наше поведение одобрили (благодарностью, выражением восхищения или тем, что мы их перестанем упрекать) или осудили (ослабим выражением неодобрения, критики, ограничением общения). Своих детей мы воспитываем по принципу вознаграждения и наказания.

Генерализация и дискриминация. Все, чему организм научился, будь то с помощью классического или оперантного обусловливания, как правило, имеет тенденцию генерализоваться, т.е. распространяться на подобные ситуации. Если мы поощряем ребенка к тому, чтобы он дома гладил собаку, он эту реакцию поглаживания легко генерализует и будет гладить других собак. Однако чужая собака на него может зарычать, на него могут закричать родители, поэтому ребенок учится различать. Практика различения может быть настолько эффективной, насколько будут ясны отличительные стимулы. Ребенок научится отличать, если получит указание, что гладить можно только тех собак, которые виляют хвостом.

Схемы закрепления. На экспериментах было доказано, что поведение может быть обусловлено и поддерживаемо, даже если оно подкреплено только в некоторых случаях. Это явление называется *частичным подкреплением*. Как только оперантно условный рефлекс установлен, нужно лишь изредка подкреплять его, и он не угаснет. Эффективность частичного подкрепления более высока, чем постоянное подкрепление. Организм привыкает к постоянным закреплениям, и после их прекращения обусловленная реакция быстро исчезает.

Эффект наказания. При обучении с помощью обусловливания часто используют отрицательные и аверсивные действия. Аверсивное событие может быть использовано для ослабления существующей реакции или как научение новой реакции. При обучении с использованием наказания после реакции последует аверсивное событие, которое вызовет в последующих случаях ослабление или подавление реакции. Если мы ребенка ударим, как только он начнет рисовать красками на стене, он перестанет это делать. Устранение нежелательного поведения путем наказания, однако, имеет недостатки. Эффект наказания не так предсказуем, как эффект награды. В то время как награда однозначно подкрепляет, чтобы такое поведение повторялось, наказание акцентирует прекращение такого поведения, но не предлагает другие действия. Организм потом может выбрать гораздо менее желательный вариант. Наказание также приводит на основе классического обуслов-

ливания к страху перед человеком, который наказывает; страх может быть генерализован на другие ситуации. Кроме того, чрезмерное наказание может вызвать агрессивное поведение, если при желании борьбы или бегства нет возможности убежать. И наконец, наказываемое поведение может человека привести к тому, что он такое поведение начнет повторять. Из чрезмерно наказываемых детей часто вырастают агрессивные взрослые.

Однако это не значит, что наказание для изменения поведения не имеет смысла. Если оно непротиворечивое и наступает сразу же после нежелательного поведения, если предлагается *альтернативная реакция*, то есть возможность эффективно устранить нежелательное поведение. Следовательно, наказание может быть эффективным средством обучения перенаправленному поведению.

Организм также может научиться реагировать так, чтобы завершить действующее аверсивное событие (например, убежать из метро при агорафобии) или даже так, что предшествует аверсивному событию (в метро не заходить). Мы говорим о побеге, или об **избегающем поведении**. Побег часто предшествует избегающему поведению.

Границы действия теории оперантного обусловливания. Одно из слабых мест теории оперантного обусловливания в том, что она может лучше объяснить то, как определенное поведение поддерживается и развивается, а в конечном счете ослабляет и исчезает, чем то, почему определенное поведение в данной ситуации возникает. Первоначальная идея Скиннера заключается в том, что случайный процесс, в котором животное на основе последствий выбирает адаптивное поведение и подавляет поведение неадаптивного характера, у человека (или у других животных) не может быть подтвержден. Этот процесс объясняют теории, которые предполагают существование когнитивных процессов.

Следующее ограничение является биологическим. Подобно тому, что происходит в случае классического обусловливания, и с помощью оперантного обусловливания, мы можем научиться только благодаря нашим биологическим возможностям.

3.1.1.4. Формирование

Формирование является использованием оперантного обусловливания для более сложного поведения. Каждый шаг, которому животное или человек должен научиться, вознаграждается; есть такие шаги, которые являются нежелательными и не вознаграждаются либо наказываются. Наиболее эффективным является формирование, в котором используется позитивное (вознаграждение), либо отрицательное подкрепление (отсутствие наказания). Животных можно с помощью формирования научить различным трюкам, которые мы можем видеть в цирке. Кроме того, детей можно научить различным навыкам с помощью формирования, где отдельные навыки, такие как чтение отдельных букв, постепенно укрепляются, пока не появится непрерывное умение читать слова и предложения. В КБТ мы используем формирование при обучении социальным навыкам.

3.1.1.5. Выученная беспомощность

Если мы воспрепятствуем тому, чтобы животное избегало неприятных стимулов, постепенно оно научится, что не нужно стараться. Даже тогда, когда оно получает шанс избежать аверсивных импульсов, оно не использует его. Англий-

ский психолог М. Селигман (1976) показал, что люди, подвергающиеся аверсивным импульсам, от которых нет возможности уклониться, показывают аналогичную неспособность учиться более адаптивным реакциям, даже если они могут их избежать. Кроме этого у них обычно появляются следующие когнитивные (самообвинение) и эмоциональные дефициты: беспомощность, дисфория, раздражительность, потеря удовольствия. Селигман назвал это выученной беспомощностью. Лабораторно выученная беспомощность может быть вылечена, когда мы предоставим людям опыт успешно завершить задачу. Многие проявления выученной беспомощности похожи на симптомы клинической депрессии, выученная беспомощность является фактором риска для начала депрессии. У людей, которые, проявляют выученную беспомощность, как правило, развивается клиническая депрессия.

3.1.2. Теория социального научения

С когнитивной точки зрения сутью обучения является способность организма умственно представлять разные аспекты мира и выполнять операции с данными психическими представлениями (Аткинсонова и др., 2003). Часто представляется связь между стимулами и событиями, что соответствует классическому и оперантному обусловливанию, но иногда это является сложной задачей. Высшие организмы обучаются определенному поведению путем **наблюдения и подражания**. Бандура (1977) провел серию экспериментов, на основе которых возникла теория социального научения.

3.1.2.1. Обучение путем подражания

Бандура показал, что дети способны научиться новому поведению путем подражания, почти не задумываясь. Каким образом и как быстро можно научиться поведению путем подражания, основанном на наблюдении, зависит от следующих условий:

1. если наблюдатель воспринял именно то, что делает образец для подражания;
2. правильно запомнил действия;
3. он преобразовал воспоминания на новые реакции;
4. наблюдатель мотивирован на результат (ожидает вознаграждение за результат) по образцу поведения.

Существует много факторов, которые влияют на то, будет ли определенное поведение повторено. Они включают сходства между моделью и подражательным лицом, модель притяжения, доступность модели, степень его власти, последствия подражательного поведения.

Другие способы приобретения определенного поведения могут включать, например, концепцию обучения или обучение, основанное на инструкциях.

Согласно Бандуре, обучение происходит без непосредственного подкрепления. Импульсы, которые появляются в поведении модели, превращаются в мысленные образы и словесные символы, которые позже могут быть вызваны повторно. Эти символические когнитивные навыки позволяют людям менять, или сочетать и применять то, что они узнали или что они видели, к новым моделям поведения. Таким способом могут проявляться новые или инновационные типы поведения вместо простой имитации модели.

Маленький мальчик наблюдает, что когда его мать сердится, она не проявляет гнев и говорит очень медленно, особенно глубоким голосом. Также он может увидеть отца, который, когда рассердится, делает громкие критические и саркастические замечания. Когда мальчик злится на свою сестру, то может довести ее до слез саркастическими замечаниями, которые он произносит медленно, глубоким голосом (Холл, Линдзи, 1985).

Сегодня обучение происходит по образцу в символической форме. Фильмы и телевизионные передачи предоставляют многочисленные примеры, которые могут повлиять на поведение зрителей.

Если поведение модели вознаграждается, то имитация является более вероятной, чем когда она наказана. Другие характеристики модели (возраст, социальный статус, пол, способности) увеличивают вероятность того, что данному поведению будут подражать. Дети чаще подражают искренним и заботливым родителям, чем родителям, которые критичны (которых, к сожалению, также имитируют). Люди, как правило, имеют тенденцию подражать моделям, стандарты выполнения которых находятся в рамках их возможностей, чем моделям, чьи стандарты находятся вне их возможностей.

3.1.2.2. Субсидиарное классическое обусловливание эмоциональных реакций

Следующим видом обучения является *субсидиарное классическое обусловливание эмоциональных реакций.* Наблюдатель может научиться реагировать в конкретных ситуациях с помощью определенных эмоций, когда он наблюдает за реакцией кого-то другого. Тот факт, что эмоциональные реакции могут быть получены не только непосредственно, но и опосредованно, Бандуру привел к предположению, что при определенных обстоятельствах эти реакции могут прямо или опосредованно угаснуть. Так, люди с преувеличенным чувством страха могли свои эмоции модифицировать посредством наблюдения бесстрашных поступков. Таким же образом может работать и функция *субсидиарной систематической десенсибилизации.* Однако оказалось, что субсидиарного опыта недостаточно для того, чтобы разумно освоить возникающие чувства. Человек должен активно вести себя в реальной ситуации, которой он боится, если он действительно хочет побороть страх. Субсидиарный образец для подражания, однако, подбадривает человека на выполнение определенных действий. Основной проблемой при преувеличенной реакции страха Бандура считает убеждение индивида, что он не сможет справиться с определенной ситуацией. Изменение в терапии обусловлено изменением в *оценке собственной способности* — ожиданием того, что человек сможет собственным усилием преодолеть пугающую ситуацию.

3.1.2.3. Оценка собственной способности

Согласно теории Бандуры (1977) человек боится и избегает ситуаций, от которых ожидает, что будет не в состоянии с ними справиться. Эти ситуации вызывают в нем беспокойство. Автор **теории оценки собственной способности** (self-efficacy) выделяет две основные детерминанты человеческого поведения:

а) оценка собственных способностей;

б) ожидаемые последствия собственных действий. При этом тревога определя-

ется оценкой в большей степени собственных способностей, чем последствий действий.

Оценка собственных способностей складывается из следующих источников:

а) прошлый опыт;

б) наблюдение за другими людьми;

в) словесные убеждения;

г) осознание собственных эмоциональных возбуждений.

Хотя, по мнению Альберта Бандуры (1925 г.), модели теории обучения классическим и оперантным обусловливанием важны для объяснения и прогнозирования поведения, не следует считать их единственным способом, которым поведение приобретается, сохраняется и изменяется. Человек имеет возможность переосмыслить и регулировать собственное поведение, не является пешкой в игре воздействий внешней среды. Люди используют символы, они могут думать, создавать и планировать. Когнитивные процессы проявляются явными действиями. Символическое представление будущих последствий и действия приводит к тому, что мы их проецируем на текущее мотивированное поведение. Результатом предыдущего опыта является ожидание, что некоторые формы поведения могут быть успешными, а другие имеют несущественные или нежелательные последствия. Поведение регулируется широким диапазоном ожидаемых последствий. Причинность заключается не только в среде, но и когда человек и окружающая среда взаимодействуют. С помощью процесса, который Бандура называет **реципрокным детерминизмом**, люди влияют на свои судьбы, контролируя окружающую среду, но одновременно окружающая среда влияет на них. Например, убеждение в том, что человек в состоянии сделать и какие последствия это будет иметь, оказывает прямое влияние на его реальное поведение, которое касается окружающей среды, которая в свою очередь может изменить его ожидания.

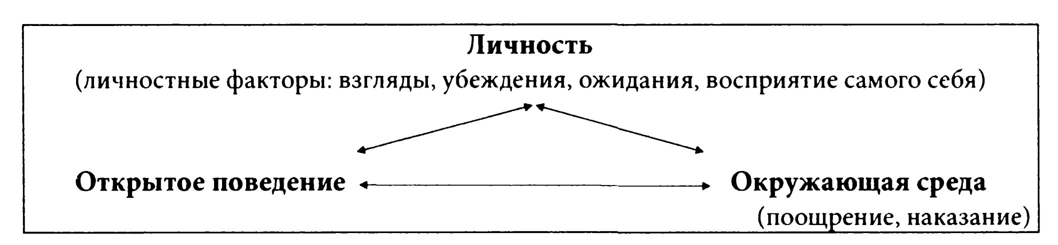


Рис. 3.1. Реципрокный детерминизм

Если эти факторы являются интерактивными, то существует ли какой-нибудь отправной пункт? Согласно Бандуре этим центром является «Я» (ориг. Self) (Бандура, 1978). Одной из функций «Я» является регуляция поведения. Это происходит посредством следующих способов (таб. 3.2):

1. *самоанализ* — наблюдением за собственным поведением;
2. *самооценка* — собственный результат сравнивается с различными стандартами: собственным, по сравнению с другими, ожиданием одобрения, больше внутреннего контроля либо внешнего и т.д.

3. *самореакция* — непосредственная реакция на собственное поведение — самовознаграждение или самонаказание.

Таблица 3.2. Процессы саморегуляции поведения (по Бандуре, 1977)

самоанализ	**самооценка**	**самореакция**
Измерение результата: качество, скорость, количество, оригинальность, подлинность, преемственность, отклонение, этика.	**Личные стандарты:** источник, моделирование, источник, укрепления. **Связь результата:** стандартная норма, социальное сравнение, личные сравнения, коллективное сравнение. **Оценка активности:** высокая, нейтральная, обесценивающая. **ПРисуждение заслуги:** личные заслуги, чужие заслуги.	**Самооценивающая реакция:** положительная, отрицательная. **Последствия, применительные конкретно на себя:** награждающие, карательные. **Никакой самореакции.**

Стандарты поведения мы создаем на основе образцов для подражания, особенно авторитетным фигурам, обладающим властью (родители, учителя), интерпретацией реакций других людей на собственное поведение и на основании приказов, которые нам дают авторитеты. Ключевым компонентом системы «Я» является **оценка собственной самоэффективности** (orig. self-efficacy), которую автор определяет как ожидание того, как мы можем справиться с определенной ситуацией. Ключом к изменению поведения является изменение ожиданий относительно собственной самоэффективности. Речь идет о двух типах ожиданий.

Ожидания относительно *собственной самоэффективности* касаются убеждения, что можно успешно реализовать определенное поведение, которое является необходимым для достижения определенной цели (например, ожидание, что я могу себя контролировать и удержать свое поведение в условиях сильного гнева).

Ожидания в отношении *результатов* относятся к оценке, приведет ли данное поведение к определенным результатам (например, если я смогу контролировать свой гнев, то буду лучше ладить с другими людьми, или если я буду регулярно заниматься спортом, мое физическое состояние будет лучше). Если оценка собственной самоэффективности высока и ожидание результатов реалистично, человек будет упорно работать и устоит до тех пор, пока не достигнет своей цели. Ожидания касательно собственной самоэффективности являются важной составляющей адаптивного копинг-поведения. Бандура показал, что такие ожидания влияют на поведение человека при разных обстоятельствах (Бандура, 1977, 1982). «... Ожидание в отношении собственной самоэффективности у человека является главным, определяющим фактором в выборе своей деятельности, определяет, сколько усилий он потратит, и сколько времени эти усилия будут длиться в борьбе со стрессовыми ситуациями». (Бандура, 1977, ср. 194).

Мотивация, по мнению Бандуры, является когнитивной конструкцией и имеет два источника. Во-первых, *концепция будущих результатов* может создавать текущие мотивы поведения, т. е. ожидание будущих наград мотивирует челове-

ка вести себя тем или иным способом. Во-вторых, *соответствующая постановка целей* или *желаемый уровень результата* и последовательная оценка своих результатов мотивирует человека вести себя определенным образом. Дети, которые практиковали математические навыки, повышали знания намного больше, когда они структурировали свою задачу в серию подцелей, которые они после выполнения самостоятельно оценивали, чем когда они ставили перед собой труднодостижимые цели (Бандура и Шунк, 1981). Таким образом, продолжаемое восприятие, анализ и оценка нашего поведения создает самомотивацию проявить упорство в достижении поставленных целей.

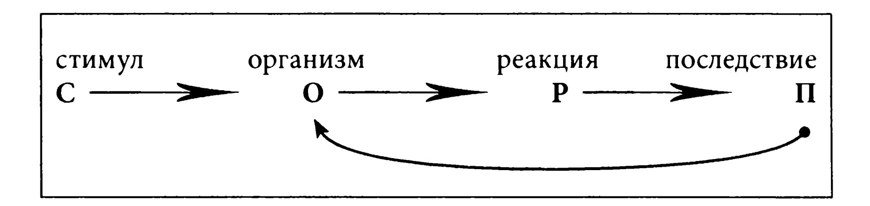
Как и другие теоретики, Бандура рассматривает под*крепление* как причину обучения. Согласно Бандуре мы можем многому научиться, наблюдая за кем-нибудь (*субсидиарное подкрепление)*, также можно учиться без отчетливого актуального подкрепления, но, когда мы это подкрепление ожидаем. Наблюдение за другими, как они вознаграждены или наказаны за свое поведение, приводит к образованию когнитивных ожиданий и результатов поведения. Повторяя за другими, мы учимся, что нам нужно сделать, чтобы достичь конкретного результата или избежать наказания. Ожиданием будущих подкреплений мы обучаемся и наблюдению последствий нашего собственного поведения. Посредством взаимодействия с родителями, сверстниками и другими людьми, которые нас награждают или наказывают, мы создаем личные стандарты поведения, которые отражают социальные факторы. Таким образом, мы спустя определенное время начинаем сами себя награждать или наказывать **самоуважением** или **самокритикой** подобным образом, как нас награждают либо наказывают другие. Ожидание самоуважения («Если я смогу это сделать, я буду гордиться собой!») или самокритики («Я сам себя уже не мог бы уважать!») потом может в значительной степени управлять нашим поведением.

3.2. Когнитивные процессы

Сначала 70-х гг. развивается теория *когнитивной обработки информации.* Когнитивная психология основывается на предположении, что люди не реагируют механически непосредственно на импульсы, исходящие из окружающей среды, но на когнитивное представление об окружающей среде. Впрочем, это относится не только к людям, но и к низшим животным. Е. Толмен наблюдал, как крыса учится искать дорогу через сложный лабиринт. С его точки зрения, крыса, бегущая через лабиринт, не учится очередности реакций при повороте влево и вправо, а создает в мозге когнитивную карту лабиринта. Эта точка зрения подтверждается результатами недавних исследований на крысах и на приматах, которые способны освоить и использовать абстрактные понятия «одинаковый», «причина» и т.д.

В качестве когнитивных процессов мы обозначаем все психические процессы, которые обрабатывают и удерживают информацию из внешней среды и внутренней среды организма. Таким образом, сюда включены восприятие, внимание, память, мышление, оценка, атрибуция, ожидание и т.д. Процесс обучения может быть изучен на модели **С—О—Р—П,** т. е. Стимул — Организм — Реакция — Последствие. Эта модель предполагает, что когнитивные процессы имеют посред-

ническую функцию между стимулом и поведением. Это не сам стимул, который вызывает определенное поведение, но значение, которое человек придает данному стимулу. Последствия укрепляют либо ослабляют предшествующее им поведение, в зависимости от того, какое значение им придает человек (Мердок, Баркер, 1996).



Согласно этой модели человек является активным участником процесса обучения, обращая внимание лишь на определенные стимулы. Эти стимулы он оценивает, сравнивает их с опытом, хранящимся в памяти. Его реакция зависит от убеждений и долгосрочных ожиданий, в том числе собственной самооценки и способностей справиться с ситуацией. Согласно этой модели мы можем на основании изучения когнитивных процессов (мысли, внимание, память, убеждения, атрибуция или ожидание) лучше объяснить и предсказать поведение человека в той или иной ситуации и понять, почему одни и те же стимулы могут привести разных людей к различным реакциям.

Когнитивные процессы могут быть *словесными* (мышление в словах и предложениях) и *невербальными* (мышление в образах, рисунках). Кроме того, когнитивные процессы являются *сознательными* и *бессознательными*. Понимание бессознательных когнитивных процессов (автоматическое заострение внимания, бессознательная оценка внешних стимулов, неосознанные предположения и ожидания, так называемая имплицитная память) в КБТ отличается от бессознательности, как это трактуется в психоанализе. Эта когнитивная бессознательность не является складом табуированных тем и, следовательно, не создана из идей и взглядов, которые человек не в состоянии по моральным или по другим причинам осознанно принять, поэтому он их бессознательно подавляет и вытесняет. В когнитивном бессознательном состоянии протекают процессы как биологически врожденные (автоматическое фокусирование внимания, сознательная оценка внешних раздражителей, эмоции), так и изначально сознательные, но настолько автоматические, что не требуют сознательного контроля (вождение автомобиля, прогулки, игра в теннис).

В настоящее время не существует всеобъемлющей теории когнитивных процессов. На основе научных исследований в области когнитивной психологии возникают отдельные теории (например, о стиле атрибуции — так называемый атрибутивный стиль, или о возникновении так называемой выученной беспомощности; Селигман, 1976), которые объясняют различные реакции людей, находящихся в идентичной ситуации, на основании исследования их когнитивных процессов.

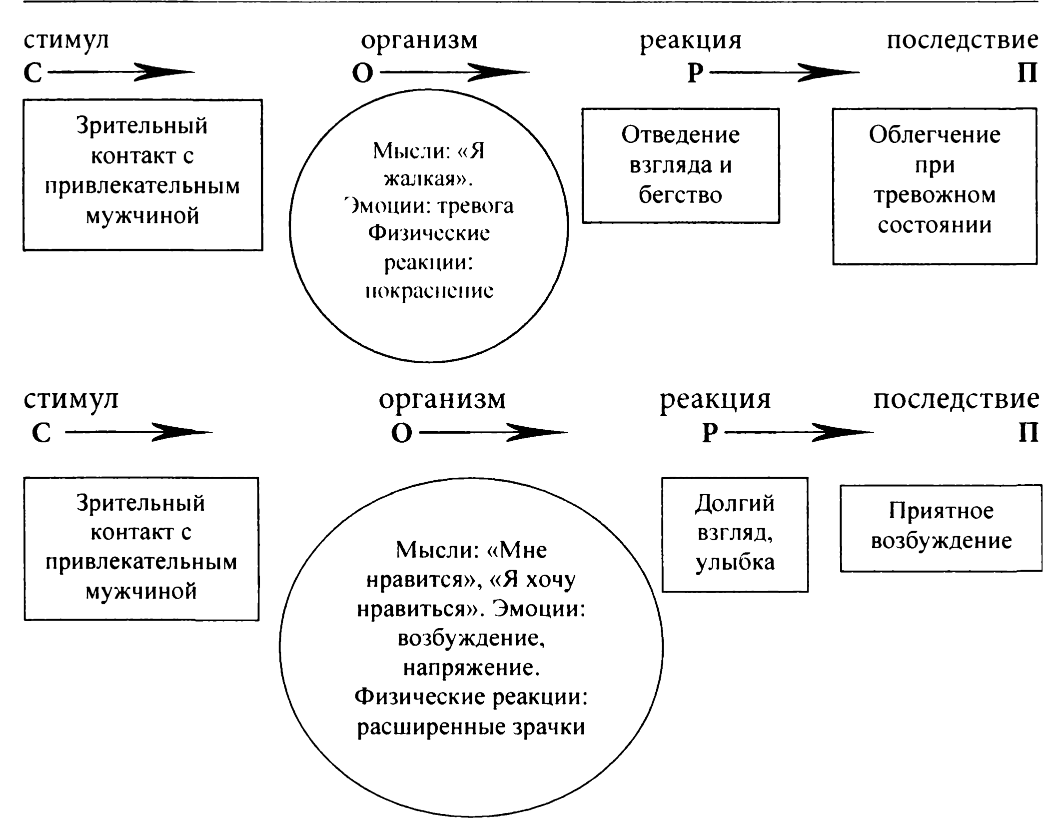


Рис. 3.2: Различные реакции на один и тот же стимул у двух молодых женщин

Теория атрибуции. Теория изучает то, как мы объясняем свое поведение, поведение других людей и другие ситуации в жизни. Каждый человек нуждается в безопасности, это подразумевает некоторую необходимость понимать себя и окружение, и прогнозировать будущее. Согласно теории атрибуции причина определенного события может быть оценена:

а) как **общая** или **специфическая**,

б) **постоянная** или **переменная,**

в) **собственная для человека (внутренняя)** или **чужая для человека (внешняя).**

Для пессимистичного стиля атрибуции (который связан с депрессией и дистимией) характерно, что индивид понимает свои провалы и неудачи как результат факторов, которые являются постоянными «так будет всегда», общими (в любых ситуациях) и его собственными «причина неудачи во мне», «меня отстранили от экзамена, потому что я безнадежно глуп». Возможный успех он понимает как результат факторов, которые являются только временными, специфическими, применяемые только в данной ситуации, и чужими («сегодня я получил пятерку, потому что случайно вытащил простой билет»).

Оптимистичный атрибутивный стиль характеризуется тем, что успехи приписываются общим постоянным причинам, которые являются собственными для человека («я получил на экзамене пятерку, потому что я умный и трудолюбивый»), в то время как неудачи объясняются причинами специфическими, времен-

ными, чужими для человека («меня отстранили от экзамена, потому что у профессора было исключительно плохое настроение»).

Адаптивный стиль атрибуции характеризуется тем, что человек в состоянии гибко распознавать, какие факторы в той или иной ситуации носят временный характер, а какие постоянный, какие факторы носят общий характер, а какие специфический, в чем человек виноват сам, а в чем виноваты другие. На основе реальной оценки он потом будет в состоянии обоснованно приписывать свои успехи и неудачи реальным обстоятельствам.

Таблица 3.3. Пессимистичный и оптимистичный стили атрибуции

	Пессимистический	**Оптимистический**
Оценка срыва	Причина постоянная, всеобщая и внутренняя	Причина временная, специфическая и внешняя
Оценка успеха	Причина временная, специфическая и внешняя	Причина постоянная, всеобщая и внутренняя

Когнитивные теории Альберта Эллиса. А. Эллиса наряду с А.Т. Беком считают отцами когнитивной терапии. Работа А. Эллиса ознаменовала в психотерапии возрождение представления, что человек является прежде всего рациональным мыслящим созданием. Эллис утверждает, что, в отличие от большинства систем психотерапии, рационально-эмоциональная терапия отвергает мнение, что эмоциональные расстройства у человека возникают только пассивным обучением либо обусловливанием или в результате бессознательных, инстинктивных сил, которые человек не может контролировать. Признавая важность врожденных наклонностей и бессознательных влияний, по мнению Эллиса, мы сами создаем свою эмоциональную судьбу.

В своей книге «Reason and emotion in psychotherapy» (Эллис, 1962) ученый сформулировал когнитивную теорию причин эмоциональных расстройств. Свой психотерапевтический подход он назвал «рационально-эмотивная терапия» (РЭТ), а позднее переименовал в «рационально-эмоциональную бихевиоральную терапию» (РЭБТ), чтобы в названии подытожить все основные влияния, которые применяются при возникновении эмоциональных нарушений и при их лечении.

Таким же образом, как и А.Т. Бек и другие когнитивные терапевты, Эллис использует фундаментальный принцип, что эмоциональное воздействие определенных событий (стимула, антецедента) и реакция на них в форме открытого поведения вызваны когнитивной обработкой этих событий.

А ⟶	Б	⟶ В
событие, стимул	когнитивный процесс	последствие — эмоции, поведение

Люди обычно считают, что основной причиной В (эмоций, поведения) является А (событие, которое предшествовало). С противоположной стороны когнитивная теория предполагает (на наш взгляд совершенно справедливо), что В вызвано Б (когнитивной обработкой А), а не самим А.

Ученика не приняли в школу, и он пытается покончить с собой. Его родители и он сам убеждены, что причиной его депрессии и попытки суицида является неудача на вступительных экзаменах.

Эллис, однако, правильно указал на то, что это объяснение является недостаточным, так как не все ученики, которые не сдали экзамен, пытались покончить с собой. Чтобы понять эмоции и поведение школьника, мы должны знать переменную Б, его убеждения (belief, т. е. представление, мышление, убеждение). Это интерпретация или оценка события А.

Если ученик убежден в том, что его неудача на экзамене означает, что в его жизни произошел срыв, и он уже никогда не сможет добиться успеха, то в результате возникает депрессия и попытка самоубийства.

Другой ученик, убежден, что если что-то не получилось на этот раз, может стать возможным в следующий раз, и в результате он будет гораздо более тщательно готовиться к следующему экзамену.

Теория Эллиса различает рациональные когнитивные процессы, которые человеку помогают достичь целей и, таким образом сохраняют психику в здоровом состоянии, и иррациональные когнитивные процессы, которые мешают человеку достичь целей и создают ему психические неприятности. Нерациональной автор считает «всякую мысль, эмоции, поведение, которые приводят к саморазрушительным последствиям (В), которые угрожают счастью и выживанию индивидуума, мешают принятию себя самого и нарушают межличностные отношения».

В рамках описания когнитивных процессов Эллис выделяет следующие этапы:

1. **Когнитивные** события — это восприятие определенной информации и основных фактов, которые в когнитивной психологии обозначаются как «qualia». Это то, что человек видит, слышит, чувствует, помнит. Например, парень идет по улице и видит, что к нему бежит собака без намордника. Он вспомнит, как его в детстве укусила собака.
2. **Интерпретация** фактов — то, какие выводы из них делает человек. Интерпретация всегда основана на собственных фактах, она в значительной степени сознательная, хотя может произойти очень быстро и на невербальном уровне. Клиент не успеет ее напрямую осознать. Интерпретация может быть правильной или неправильной. Парень подумает: «Эта собака безусловно опасная. Она может прыгнуть на меня и укусить».
3. **Оценка** фактов — т. е. оценка степени: «это хорошо — это очень хорошо — это отлично» или «это плохо — это очень плохо — это катастрофа». Эллис предупредил, что из интерпретации фактов еще невозможно вывести «В», возникшую эмоцию. Качество эмоции определяет именно оценка фактов, потому что только она вызывает соответствующие эмоции и поведение. Парень, оценивая ситуацию: «Это очень плохо», почувствует сильный страх и убежит. Оценка является автоматической и поэтому бессознательной. Оценки могут быть получены из возникших эмоций.

Чтобы проиллюстрировать разницу между интерпретацией и оценкой когнитивных фактов и их различные значения для последующих эмоций и поведения, мы приведем еще один пример.

Мужчина идет по улице и встречает знакомого, который делает вид, что не видит его, и не здоровается. Таков факт. Его интерпретация: «Вероятно, он на меня сердится, потому что я забыл послать ему поздравление на Рождество». Его оценка: «Он прав, не послать ему приветствие — это плохо, я плохой». Следствия этой оценки: эмоции — печаль, депрессия; поведение — упрек самому себе; он хочет извиниться перед другом. Другая оценка для той же интерпретации: «Если он со мной не здоровается из-за такого пустяка, то мне такая дружба не нужна. Пусть он делает, что хочет». Следствие другой оценки: эмоции — обида; поведение — перестанет здороваться со знакомым, говорит о нем, что он зазнавшийся человек.

4. **Убеждение,** из которого вытекают интерпретация и оценка. Речь идет об аналогии того, что Бек называет когнитивными схемами. Это относительно стабильные отношения или мнения о том, какой я есть на самом деле, какими являются другие люди и окружающий мир.

Эллис различает рациональные и иррациональные убеждения.

Рациональные убеждения характеризуются тем, что они: а) гибкие, а не жесткие, ригидные; б) логичные; в) соответствуют действительности; г) эффективные, т. е. помогают человеку достичь цели.

Иррациональными убеждениями являются: а) ригидные и категоричные; б) нелогичные; в) противоречат действительности; г) неэффективные, т. е. мешают человеку достичь свои цели. Иррациональные убеждения являются, по мнению Эллиса, фактически внушением (суггестией), которую человек в течение жизни (как правило, в детстве) получил от других людей. «Когда ты будешь это делать, люди тебя не будут любить». Имплицитно в данном утверждении содержится следующая суггестия: «Если тебя люди не будут любить, это ужасно, ты не сможешь жить». Суггестия позже становится аутосуггестией и имеет характер абсолютных утверждений.

Первоначально Эллис попытался описать часто встречающиеся иррациональные убеждения своих клиентов. Он утверждает, что в терапевтической практике он собрал более 250 иррациональных убеждений. Так как этот список постоянно рос, он пришел к выводу, что определенные убеждения являются иррациональными не по содержанию, но по форме.

Основой иррациональных убеждений, по мнению Эллиса, является их ригидность и категоричность, которую он образно выражает словосочетанием «я должен...» или «я не могу...». По мнению Эллиса, существуют три основные формы этих «должен»: по отношению к самому себе («Я должен всегда все делать на отлично»), по отношению к другим людям («Другие люди со мной должны быть справедливы») и по отношению к окружающей среде («Мои условия жизни должны быть такими, как я хочу»). Результатом этих иррациональных «должен» является то, что клиент оценивает активизированные события экстремальным способом, как катастрофу (самое худшее, что могло случиться), как нечто абсолютно невыносимое и как нечто, что совершенно обесценивает либо его самого, либо других людей («Я ничего не стою», «Он полный идиот»).

В качестве здоровой альтернативы Эллис описывает рациональные убеждения, которые являются гибкими и некатегоричными, т.е. имеют вид предпочтительных желаний: «Я был бы очень рад...», «Я бы очень хотел...». Из рациональных

убеждений затем вытекают неэкстремальные оценки: декатастрофизация («Это неприятно»), высокая фрустрационная толерантность («Это можно вынести») и безусловная акцептация себя и других («Каждый делает ошибки, никто не является совершенным»).

Иррациональные верования приводят к нездоровым негативным эмоциям (ННЭ), которые вредят человеку и мешают ему достичь свои цели, и к деструктивному деянию. В отличие от этого, рациональные убеждения приводят к здоровым негативным эмоциям (ЗНЭ), которые мотивируют человека к конструктивному решению проблемы. Эллис, однако, не утверждает, что психическое здоровье означает, что человек не испытывает отрицательные эмоции, что он их конструктивно использует для того, чтобы решать свои проблемы.

Примеры рациональных и иррациональных убеждений, и связанные с ними здоровые и нездоровые негативные эмоции показаны в табл. 3.4.

Таблица 3.4: Примеры рациональных и иррациональных убеждений и связанные с ними эмоции (Эллис, Драйден, 1987)

Иррациональное убеждение	ННЕ	Рациональное убеждение	ЗНЕ
«Это не может случиться; если бы это случилось, это было бы катастрофой»	**Тревога**	«Я надеюсь, что этого не случится, но нет никакой гарантии, что это не произойдет. Если это произойдет, это будет неприятно, но это не будет катастрофой»	**Опасения**
«Это не должно было случиться, и то, что это случилось — полная катастрофа. Я ничтожество. Жизнь (другие, мир) не стоят ничего»	**Депрессия**	«Очень жаль, что это произошло, но нет никакой гарантии, что ничего такого не может произойти. Это плохо, но не катастрофа»	**Грусть**
«Я никогда не смогу сделать ничего плохо, и если я сделал что-то не так, то это ужасно; я полностью испорченный человек»	**Вина**	«Лучше бы я эту ошибку не сделал, но я небезгрешный. Я в состоянии себя принять таким, даже если я сделал ошибку»	**Жалость**
«Я не могу перед другими сделать ничего плохого. Если я это сделаю, это ужасно, и это значит, что я как человек ничего не стою»	**Стыдливость**	«Я сделал из себя дурака, но это может случиться. Хоть я не доволен тем, что я сделал, это не значит, что я как человек ничего не стою»	**Разочарование**
«Никто не имеет права со мной поступать таким образом, и если это произойдет, это значит, что он как человек ничего не стоит и должен быть наказан за это»	**Нездоровый гнев**	«Мне не нравится осознавать, что он со мной так поступили, но я смогу это вынести. Это не означает, что как человек он ничего не стоит; каждый имеет свои недостатки»	**Здоровый гнев**

В отличие от других психотерапевтов, которые сосредоточились в первую очередь на психических расстройствах и способах их смягчения или устранения, Эллис определяет **критерии психического здоровья** (Эллис, Драйден, 1987).

1. **Наблюдение за личными интересами.** Психически здоровые люди ставят свои собственные интересы немного выше, чем интересы других людей. Они способны пожертвовать собой ради других, которые им небезразличны, но не безоговорочно и не без ограничений.
2. **Наблюдение за интересами других.** Рационально, потому что человек является общественным существом и лучше всего чувствует себя в компании людей, с которыми имеет дружеские отношения.
3. **Направленность на себя:** психически здоровый человек несет ответственность за свою жизнь и определяет свои цели, при достижении которых предпочитает взаимное сотрудничество с другими людьми.
4. **Высокая толерантность к фрустрации.** Психически здоровый человек позволяет себе и остальным допускать ошибки. Он пытается изменить нежелательные обстоятельства, которые можно изменить, примиряется с теми, которые он изменить не может, и пытается их должным образом различать.
5. **Гибкость, приспособляемость.** Психически здоровый человек является в своем мышлении и общении открытым, гибким и приспособленным, не занимает ригидные и крайние позиции по отношению ни к себе, ни к другим.
6. **Принятие неопределенности.** Психически здоровый человек осознает, что он живет в мире вероятностей, где нет никаких абсолютных уверенностей. Он это считает интересным и восхитительным, а не угрожающим.
7. **Преданность творческим проектам.** Психически здоровый человек ориентирован на различные творческие проекты, имеет интересы, которым посвящает большую часть своего времени.
8. **Научное мышление.** Психически здоровый человек является более объективным, рациональным, думает более научно, чем люди с психическим расстройством. Хотя он способен на глубокие эмоции, он может себя контролировать, рефлексировать свои переживания, действия и представлять их последствия.
9. **Принятие себя самого.** Психически здоровый человек, как правило, рад, что он жив, и принимает сам себя только потому, что он жив. Старается иметь к себе самому безусловно позитивное отношение и отказывается навешивать ярлыки.
10. **Рискованность.** Психически здоровый человек не боится рисковать, хотя может случиться, что у него что-то не получается. Он смелый, но он не авантюрист.
11. **Долгосрочный гедонизм.** Психически здоровый человек пытается насладиться приятными моментами и стремится к долгосрочному удовольствию в будущем. Он избегает краткосрочных удовольствий, если они будут иметь долгосрочные неприятности.
12. **Неутопическая позиция.** Психически здоровый человек понимает, что утопия недостижима, что человек никогда не достигнет всего, что хочет, и никогда полностью не избежит страданий и потерь. Поэтому он не стремится достичь полного совершенства или абсолютного счастья. Он не пытается полностью избежать тревоги, депрессии или враждебного отношения других.
13. **Принятие на себя ответственности за эмоциональные проблемы.** Психически здоровый человек готов принять тот факт, что в своих эмоциональных проблемах он в значительной степени виноват сам, вместо того чтобы обвинять других людей или социальные связи за неудачи, свои негативные чувства и мысли.

Когнитивные процессы в концепции А.Т. Бека

Влиятельную теорию о происхождении психических расстройств на основе когнитивных процессов создал американский психиатр А.Т. Бек. Первоначально его теория была сосредоточена только на объяснении возникновения и развития депрессии, но он ее расширял и применял при лечении других психических расстройств.

По мнению Бека, когнитивные процессы иерархически структурированы, и мы можем различать три уровня когнитивных процессов:

1. **Когнитивные события** — это отдельные мысли или понятия, своего рода единицы когнитивных процессов. Мысли и понятия могут быть *волевыми* (т.е. вызываются на основе добровольных усилий) или *автоматическими* (т.е. вызываются сами по себе, непроизвольно, а иногда неосознанно). Кроме того, мы можем выделить когнитивные процессы *холодные*, т. е. без значительного эмоционального сопровождения, и *горячие*, т. е. со значительным эмоциональным сопровождением. По мнению Бека, при появлении психических расстройств в значительной степени проявляются как раз *горячие автоматические* мысли или убеждения, потому что они субъективно очень убедительны, оказывают сильное влияние на поведение. Человек обычно не склонен критически анализировать их обоснованность.
2. **Когнитивные процессы** — это комплексные процессы, в которых отдельные когнитивные события связаны друг с другом, сравниваются, оцениваются и включаются в контекст прошлого опыта. Сюда включены процессы индуктивного и дедуктивного рассуждения, понимание смысла, оценка значимости и т.д.
3. **Когнитивные схемы** — это когнитивные структуры. Бек определил их как относительно стабильный способ организации мышления и оценки событий. Эти схемы представляют совокупность основных, часто невысказанных и бессознательных предположений о том, какой я есть, какой мир вокруг меня и что я могу от него ожидать. Речь идет о том же психологическом явлении, который Эллис называет «убеждение», а Келли — «личный конструкт». Когнитивные схемы являются функциональными, потому что они помогают человеку понять себя и других, придать смысл жизненным событиям, которые являются неопределенными и неоднозначными. Падески (Падески, Гринберг, 2003) и Уэллс (1997) отличают в рамках схемы еще базовые убеждения, которые имеют общую безусловную действительность (например, «Я неудачник») и предположения, которые являются условными и могут быть выражены предложением «Если..., то ...» (например, «Если меня не любят, то я не могу быть счастлив в жизни»).

Каждый человек с раннего детства создает схемы (базовые убеждения, предположения, личные конструкты), которые часто могут быть весьма противоречивыми, потому что жизненный опыт может иметь противоречивый характер. Поэтому один и тот же человек может иметь схему «Я неудачник» (создана как обобщение опыта, когда у него что-либо не получилось) и схему «Я дитя фортуны» (благодаря опыту успеха и благосклонности судьбы). Схема может быть активной или латентной, спящей. Активные схемы влияют на актуальные ког-

нитивные процессы, а также на эмоциональное состояние и поведение. Спящие схемы могут быть активированы влиянием событий.

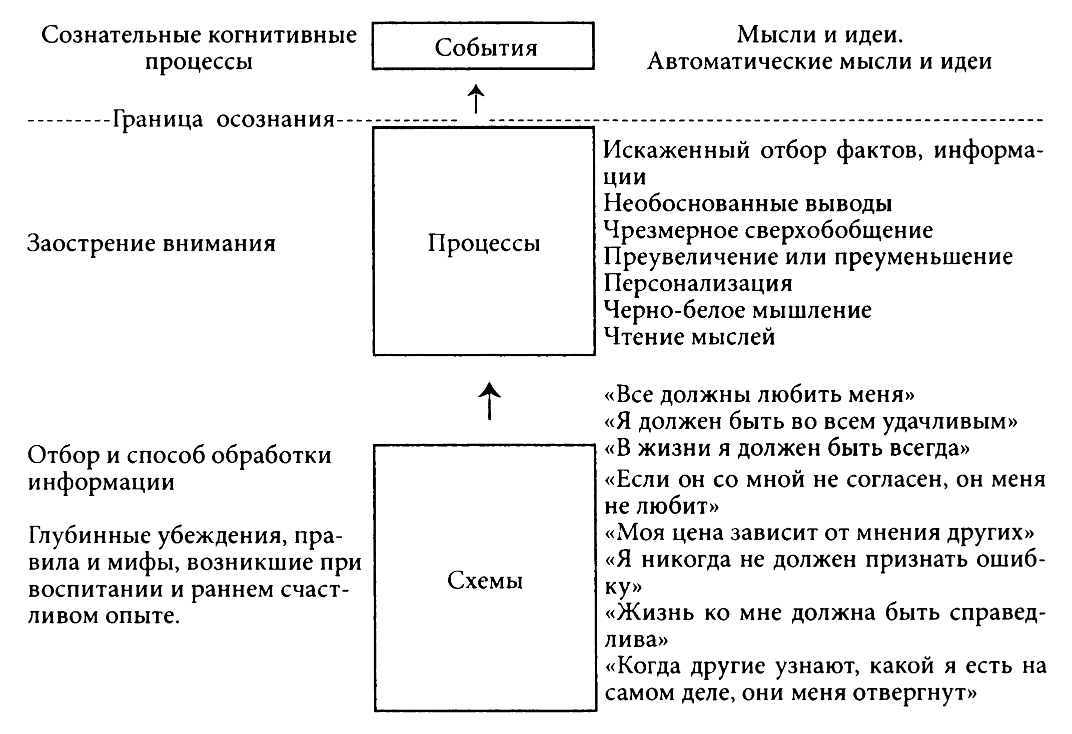


Рис. 3.3 Когнитивные события, процессы и схемы (Прашко и Косова, 1998)

Хотя когнитивные схемы являются функциональными (благодаря этому, большинство людей не страдает психическими расстройствами), существуют также ситуации, в которых активная когнитивная схема проявляется дисфункционально. Именно с этими схемами сталкиваются в своей практике психиатры и психологи, занимаясь их выявлением и коррекцией. Бек описал такие дисфункциональные когнитивные схемы: «Если у меня что-то не получится, то это значит, что я не состоялся как личность», «Другие люди должны любить меня, иначе я не могу быть счастливым». Вероятно, речь идет об иррациональном убеждении Эллиса. Если эти дисфункциональные схемы активированы конкретным событием, оно может вызвать определенное психическое расстройство, например, депрессию или тревожное расстройство. Например, схема «каждый физический симптом создает серьезную угрозу для жизни» может быть латентной до того времени, пока человек не попадет в состояние стресса (например, в связи с разногласиями в браке у него вдруг может начаться сильное сердцебиение). Этот признак активирует указанную схему (в детстве родители с большой тревогой смотрели на все физические симптомы ребенка), человек оценивает полученный физический симптом катастрофически: «У меня точно будет сердечный приступ!» Эта автоматическая мысль может вызвать увеличение тревожности и сердцебиения. Как следствие симптомы начинают появляться все чаще, и человек убеждается, что он серьезно болен. Результатом может быть развитие ипохондрии (рис.3.3).

3.2.1. Когнитивные события

Когнитивные события создают поток сознания. Это идеи или понятия, которые постоянно циркулируют в голове, интерпретируют различные внешние и внутренние стимулы и придают им определенный смысл. Они могут быть *волевыми* (намеренными), когда человек хочет о чем-то думать и осознает этот факт, или *автоматическими*, когда он спонтанно рассуждает и оценивает мысли и идеи, которые могут возникать против воли и желаний человека (например, обсессия). В зависимости от влияния на эмоциональные реакции мы можем разделить автоматические мысли на негативные, позитивные и нейтральные. Типичные отрицательные автоматические мысли можно рассмотреть на следующих примерах.

Вам позвонил директор и вызвал в свой кабинет. В вашей голове начнут возникать разные мысли и фантазии. «Чего он опять хочет от меня? Я уверен, что он вызывает меня не для того, чтобы похвалить! Он хочет поругать меня. Что я сделал не так?» Вы чувствуете напряжение и беспокойство. «Конечно, я в чем-то сделал ошибку, и он это узнал, или кто-то жаловался на меня? Кто бы это мог быть?» Постепенно вы начинаете сердиться. «Или он меня, может быть, хочет уволить?» Вы чувствуете, как у вас сжимается желудок, сердце начинает быстрее биться, у вас напряжение в спине. Вы боитесь.

Партнер не вернулся домой вовремя. Вас начинают преследовать различные мысли и фантазии. «Главное, чтобы с ним ничего не случилось! Что если он попал под машину?» Вы чувствуете беспокойство. Вы уже можете себе представить, как его везет «скорая помощь», как он лежит в больнице, и себя в одиночестве, если он умер. Или вы себе можете представить, что у него кто-то есть. «Он точно с какой-нибудь женщиной! Потом он будет придумывать оправдания! Для кого он занимается спортом каждый день?» Вы можете представлять, как вы несчастны и одиноки, или как собираетесь пойти выцарапать глаза другой женщине, как вы гордо порвете отношения с ним и выбросите его вещи на улицу.

То, что вы спонтанно подумаете, зависит как от *ситуации*, так и от вашего *внутреннего настроя*, от того, что можно ожидать от ситуации, чего вы боитесь, какой у вас есть опыт таких ситуаций или отношение к ним. Что касается внутренних предположений по обработке ситуации, мы говорим о том, что сознательные мысли имеют свои корни в *когнитивной схеме* — нашем более глубоком представлении о том, как вещи должны или не должны выглядеть, что правильно, а что нет. Схемы на самом деле — это глубокий жизненный настрой, автоматически оценивающий «softwarom» (программное обеспечение), который, как правило, приобретается в детстве. Это основа, с которой ситуация сравнивается. При интерпретации и оценке конкретной ситуации мы, однако, можем ошибаться — совершать *когнитивные ошибки*.

Автоматические мысли могут иметь нейтральный характер, могут быть субъективно положительными и отрицательными. Они могут быть как функциональными, так и дисфункциональными — в зависимости от того, как они отражают реальность. Обозначение автоматических негативных мыслей (АНМ) для дис-

функциональных мыслей является не очень удачным, потому что многие мысли, которые мы субъективно негативно воспринимаем, могут быть функциональными и конструктивными; наоборот, субъективные позитивные мысли могут быть весьма дисфункциональными. Учитывая тот факт, что обозначение автоматических негативных мыслей используют большинство авторов, мы будем его использовать. Под термином «автоматические негативные мысли» мы, однако, всегда имеем в виду дисфункциональные, или неадекватные, автоматические мысли, которые типичны для обсуждаемых психических расстройств. Они не должны быть негативными с точки зрения субъективного опыта, но они негативны в том, что приводят к неадекватному поведению и соответствующим эмоциональным реакциям.

Для того чтобы рационально обработать АНМ, необходимо их осознать. Для многих людей это непростая задача. Мысли, которые связаны с неадекватными эмоциональными реакциями, приходят автоматически, внезапно и быстро; они присутствуют в голове в течение короткого времени или могут соединяться в цепочки. По той причине, что они часто всплывают самостоятельно, спонтанно и не являются критически продуманными, большинство людей их не считают за мысли, а осознают только их последствия, особенно стресс, дискомфорт и их физическое сопровождение. Речь идет на самом деле о внутренних состояниях, оценке, комментариях, которые касаются неприятной ситуации или последствий, которые могли бы произойти. Иногда речь не идет непосредственно о мыслях, а скорее о представлениях, как выглядит человек в данной ситуации, что самое худшее может произойти, как его видят другие и т.д. АНМ всплывают самостоятельно, без нашего желания. У нас нет над ними волевого контроля. Это мысли или оценка типа:

«Все равно я не смогу с эти справиться!»

«Он меня точно не любит!»

«У меня никогда ничего не получалось!»

«Я это точно не смогу сделать!»

«Нет смысла начинать, это выше моих сил!»

«Когда я волнуюсь, я невыносима»

«Я задыхаюсь»

«Не имеет смысла что-либо начинать, все равно это ни к чему не приведет»

Эти тревожные автоматические мысли приводят к откладыванию неприятной деятельности, к отказу от действий, появлению тревоги и печали, чувству беспомощности. Однако они преувеличены и отрицательно оценивают обстоятельства или будущее. Эти мысли влияют на наше восприятие таким образом, как если бы мы смотрели на мир через темные очки. Конечно, в мрачном настроении у нас хуже идут дела, что внутренне приводит к ложному подтверждению АНМ:

«Я был прав, не в моих силах было это сделать!»

Можно выделить несколько видов АНМ и представлений.

1. Холодные (поверхностные) автоматические мысли автоматически оценивают ситуацию, но не в полной мере могу выразить себя, отразить то, чего человек боится. Они не достаточно конкретны. При работе в когнитивной терапии речь идет о нейтральных горячих автоматических мыслях, которые бывают, скрыты

глубже. Типичными холодными (поверхностными) автоматическими мыслями являются:

«Я беспокоюсь»

«Это будет неприятно»

«Это для меня будет слишком много»

«Мои руки дрожат»

«Я себя не очень хорошо чувствую»

Несмотря на то, что эти мысли непосредственно не отражают худшее из того, чего человек боится, а просто комментируют только собственные чувства, это приводит к сильному напряжению, потому что под ними скрыты горячие стрессовые автоматические мысли, которые касаются опасности. Например, под поверхностной автоматической мыслью «Я боюсь» может быть скрыта горячая стрессовая негативная автоматическая мысль «Я это точно не смогу сделать, все остальные будут смеяться» или «Если я это испорчу, то будет провал». Под поверхностной автоматической мыслью «Это будет неприятно» могут быть скрыты конкретные опасения «Я буду перед другими паниковать и, таким образом, опозорюсь». Поскольку человек способен осознать при фрустрационных ситуациях холодные автоматические мысли, которые не выражают то, что его на самом деле беспокоит или волнует, его важно спрашивать о **горячих когнициях:**

Чего вы больше всего боитесь?

Что самое худшее может случиться?

Что в этом такого страшного? и т.д.

2. Первичные автоматические мысли напрямую связаны с внешней аверсивной ситуацией или опасностью. Они всегда горячие, т. е. неизбежно вызывают негативные эмоции.

«Это ужасно, я не могу это успеть сделать за сегодняшний день»

«Босс возненавидит и накажет меня»

3. Вторичные (производные) АНМ касаются того, как убежать от негативных ситуаций, как отложить или нейтрализовать опасность. Они приводят к уклончивому и защитному поведению.

«Я лучше уйду раньше, чем он вернется!»

«Быстро отсюда!»

«Сегодня я плюну на это, сделаю это завтра!»

«Мне нужно попить, чтобы мне стало лучше!»

4. Опасения — это мысли, касающиеся неопределенности того, что будет в будущем. Опасения касаются завтрашних заданий, здоровья своего и членов своей семьи, финансовой ситуации, экзистенциальных проблем, поведения других людей и собственного поведения и т.д. Основным содержанием автоматических мыслей являются опасения, что человек не сможет с чем-то справиться, опозорится перед другими, что-то неприятное произойдет с ним или с близкими людьми и т.д. Человеку приходит в голову, что произойдут ужасные вещи, трагические последствия. Типичной является тенденция сосредоточиваться исключительно на худших возможных последствиях, вместо того чтобы сосредоточиться на альтернативных, более позитивных возможностях. Самая большая проблема заключается в невозможности остановить процесс и блокировать чувства, что опасность не-

возможно контролировать. Иногда вы можете пытаться вытеснить беспокойство, потому что у вас много опасений, но они по-прежнему навязчиво возвращаются. Опасения могут быть сосредоточены как на конкретных задачах («Что делать, если я завтра на работе буду настолько уставшей, что сделаю ошибку? Что делать, если мой босс меня отругает?»), так и на общих темах («Что делать, когда дети станут старше и перестанут меня слушаться?»).

5. Беспокойство держит внимание человека на проблемных вещах и не дает о них забыть, принуждает к принятию решения. Однако если опасения выйдут из-под контроля, пострадавший перестает различать то, что является реальной проблемой, а что является вопросом, решение которого можно отложить. Потом такие вопросы появляются практически постоянно. От опасений, о которых мы говорили выше, их невозможно отличить. Опасения часто имеют форму вопросов, на которые мы не отвечаем («А что если случится что-то неприятное?»), или сразу предвещаем катастрофу («Он меня точно будет ругать!»). Озабоченность в большей степени касается того, как мы сами с этим будем справляться («Как я могу всё успеть, когда дети болеют, муж в командировке, а на работе отчеты?»). Все, что касается текущей жизни, — работа, школа, финансы, собственное здоровье и здоровье семьи, физические или психологические симптомы тревоги, ежедневные обязанности, — может вызывать беспокойство.

6. Обсессии — это нежелательные повторяющиеся, навязчивые и стойкие мысли, представления или импульсы, которые снова и снова в стереотипной форме вторгаются в сознание человека. Они воспринимаются как неприятные, нежелательные, неразумные, вызывают тревогу и напряженность. Обсессии воспринимаются как события, которые автоматически вторгаются в сознание. Больной старается их подавить или игнорировать. Они воспринимаются как продукт его собственного ума, а не как нечто чужое, вторгающееся в ум извне. Последствием обсессии является *увеличение тревоги*, которую затем больной старается устранить каким-либо действием или ритуалом (компульсией). Вот некоторые примеры обсессий:

- Мысль о несчастии с любимым человеком.
- Мысль о том, что с детьми произойдет что-то плохое, как правило, какие-нибудь травмы.
- Мысль о противоестественных половых актах.
- Побуждение прыгнуть с платформы перед приближающимся поездом.
- Побуждение прыгнуть с высоты.
- Навязчивая мысль о суициде.
- Побуждение к атаке и убийству животного.
- Побуждение что-либо сделать (например, посмеяться, закричать или бросить что-то), чтобы прервать спокойствие на собрании.

7. Нейтрализованные (компульсивные) мысли — это повторяющиеся умышленные и целенаправленные мысли или концепции, осуществляющиеся в соответствии с определенными правилами или определенным стереотипным способом, который стремится уменьшить или предотвратить беспокойство или какое-либо событие или ситуацию. Действие не должно иметь отношения к тому, чему оно должно помешать, т. е. может иметь чисто магическое значение. Потерпевший

осознает то, что эти мысли являются необоснованными или чрезмерными. Обсессии вызывают беспокойство, компульсии его временно снижают. Таким образом, мы можем компульсию обозначить как активную защиту от тревоги. С одной стороны, компульсии кратковременно снижают тревожность, с другой стороны, они приводят к чувству стыда и абсурда. Впоследствии чувство психологического стресса увеличивается.

8. Руминация. Чем отличается руминация от обсессии? В отличие от обсессии, руминация не вторгается в сознание пациента в заранее определенной форме или с точно обозначенным содержанием. Это ментальные нейтрализующие мысли, как правило, предшествующие обсессиями. Например, обсессия **«Я сойду с ума?»** может привести к компульсивному понуждению думать об этом; это руминация. Руминация отличается от других ментальных компульсий. Ментальные компульсии состоят из специфических ментальных действий, таких как повторение, самому себе чего-либо или воображение чего-то *стереотипно одинаковым образом*. В отличие от этого руминация не является четко определенным явлением; тема руминации является специфичной, но то, что происходит в мышлении на эту тему, является открытым и разнообразным. Многие размышления обсессивно-компульсивных пациентов касаются религиозных, философских или метафизических тем, таких как начало мира, жизнь после смерти, сущность морали.

9. Катастрофические представления проявляются как сцены, которые вы себе представляете перед глазами. Они пробегают, как неприятный фильм. Уже заранее вы видите начальника, как он на вас кричит, людей вокруг, как они смеются над вами, или себя, как вы постепенно перестаете себя контролировать и атакуете кого-нибудь.

10. Живые воспоминания о болезненных ситуациях в прошлом, когда что-то не удалось, произошел провал, насмешки или человек был в опасности (например, память о снижении самооценки родителями, учителем в школе, начальством на работе). В этих воспоминаниях человек видит самого себя в реальной ситуации из прошлого, которая его травмировала. Часто эту ситуацию он представляет преувеличенно и катастрофически. Это живое воспоминание может быть коротким, но приводит к быстрому развитию сильного дискомфорта. Наиболее типичным признаком посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является автоматическое воспоминание о травмах. В память людей, страдающих от ПТСР, часто вторгаются воспоминания о травматическом событии. Они бывают отрывочными, но очень живыми. Они вызывают приступы беспокойства, гнева, беспомощности, печали или чувства отчуждения и тщетности всего. Во время *вторгающихся воспоминаний* могут появиться яркие образы, мысли, запахи, звуки и физические ощущения, которые напоминают о травматическом событии. Для человека очевидно, что это воспоминания, здесь нет ощущения, что это «как бы сейчас». Эти воспоминания вызывают физические симптомы стрессовых реакций (учащенное сердцебиение, одышка, головная боль) и интенсивных эмоций (страх, ужас, печаль, беспомощность, гнев).

11. Вспышки памяти (Flashback). Во время вспышек у человека создается интенсивное впечатление, что травматическое событие он проживает заново прямо сейчас, в этот момент. Эти вспышки могут касаться целого травматического вос-

поминания или их частей. Вы можете вновь услышать звук, увидеть изображение, испытать физическое ощущение (прикосновение, боль), движение. Чувства являются очень живыми в качестве «это здесь». Во время памятной вспышки люди чувствуют, что они потеряли над собой контроль, потому что они в то же время знают, что это событие не повторяется. Одновременно они его проживают так интенсивно, как будто оно действительно происходит с ними в данным момент. Памятные вспышки приходят неожиданно и, как правило, связаны с ужасом и страхом. Они приводят к более выраженной стрессовой реакции, чем интрузивные воспоминания.

12. Живые представления о будущем. Человек воображает, как он в ожидаемой ситуации сорвется, опозорится, он ничего не сможет придумать. Кроме того, он представляет и реакцию отвращения к нему других людей. Очень часто это живое представление переносится в будущее с воспоминаниями о прошлом. Пострадавший старается это представление подавить, снова и снова возвращаясь к опасной ситуации, что вызывает напряженность.

13. Иллюзии — это когнитивно обработанные ощущения, при которых когнитивная реальность неверно воспринимается, отображается. Она вызвана фактическим стимулом, но не соответствует ему. При психотических расстройствах (особенно при делирии) мы встречаемся с *реальными* иллюзиями (пример в отечественной психиатрии — истинные галлюцинации). Пациент полностью убежден, что он воспринимает реальные вещи, например, на отдельных участках стены видит чёрта, духов. Он убежден в их фактическом существовании. При *ложных* иллюзиях остается воззрение на нереальность воспринимаемого. С ложными иллюзиями мы можем встретиться при интоксикации наркотическими веществами и в трансе при медитации, ритуальных танцах или холотропном дыхании. Иллюзии в зависимости от способа их восприятия мы делим на зрительные, слуховые (по радио или по телевидению слышит голос знакомого человека, который о нем говорит), обонятельные, вкусовые, телесные. Гипногогические иллюзии (пример гипногогические галлюцинации) возникают при засыпании или пробуждении. Иллюзии (истинные галлюцинации) возникают чаще всего при инфекционных и токсических психических расстройствах, очень характерны при белой горячке и при интоксикации ЛСД.

14. Галлюцинации — когнитивно обработанные ощущения, которые возникают без сопутствующего внешнего стимула (этим они отличаются от иллюзий) и имеют для индивидуума характер действительности. Галлюцинации являются типичным проявлением психотических расстройств и интоксикаций. По смыслу их можно разделить на слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, телесные. Далее они разделяются на *простые* и *сложные*. Кроме того, галлюцинации подразделяются на *истинные*, к которым пациент полностью некритичен, верит в их реальность, и нет никакого способа их логически опровергнуть, и на так называемые *ложные*, или *псевдогаллюцинации*, которые, в отличие от истинных галлюцинаций, в процессе своего создания (как правило, с более коротким интервалом) регулированы, пациент знает, что это был болезненный опыт, и в соответствии с этим к нему относится. В зависимости от сложности мы делим галлюцинации на *элементарные* (речь идет об отдельных чувственных стимулах) и *комплексные*

(речь идет об всеобъемлющих ощущениях, т.е. совокупности ощущений, которые пациент считает реальными и которые не имеют внешнего стимула). Это галлюцинации фигур, животных, групп, сцен, разговоров людей и т.д.

15. Метакогниция (мысли о мыслях) — наступает тогда, когда мы начинаем оценивать то, что у нас всплывает в голове. Метакогниции являются типичной составной частью генерализованного тревожного расстройства. Они возникают также при обсессивно-компульсивном расстройстве и социальной фобии, деперсонализационном расстройстве и при психотических расстройствах. Метакогниции могу быть ***отрицательными*** (отрицательно оценивают автоматические мысли) или ***положительными*** (положительно оценивают автоматические мысли). Типичные отрицательные метакогниции:

- «Если я буду таким образом думать, я сойду с ума!»
- «Если у меня в подобной ситуации появится воспоминание о том, как я сорвался, я никогда это не
- сделаю!»
- «Тот факт, что у меня иногда возникают навязчивые мысли, означает, что я больной!»
- «Эти голоса полностью уничтожат меня! Они оказывают влияние на всю мою судьбу!»
- Положительная метакогниция помогает сохранить АНМ тем, что они подтверждают свою необходимость. Типичные положительные метакогниции:
- «Я должен постоянно проходить через свои ошибки, которые я сделал, чтобы избежать их в следующий раз»
- «Я должен подумать об этом заранее, чтобы избежать ошибок!»
- «Я должен слушать эти голоса, чтобы я быть осторожным!»

16. Заблуждение — это ложное личное убеждение, основанное на неправильно сделанном выводе о внешней реальности. Это убеждение прочно сохраняется, несмотря на то что другие люди его не разделяют. Оно не принимается другими членами культуры или субкультуры пациента (например, не является частью или продуктом религиозного вероисповедания), и это несмотря на очевидные и неопровержимые доказательства обратного. Заблуждение имеет несколько характеристик, по которым его также возможно диагностировать:

1)*возникновение заболевания.* Заблуждения всегда являются составной частью некоторых психических расстройств, но физиологические условия не оказывают на них влияния.

2) *содержательная неправдивость.* Для окружения эти убеждения чаще всего является ложными, абсурдными.

3)*Бесповоротность.* Эти убеждения в основном являются прямо неисправимыми, они не могут быть опровергнуты логическими аргументами.

4) *влияние на действие.* Они связаны с мотивацией больной действует под влиянием своего ошибочного мысленного вывода; следовательно, заблуждение не находится на окраине внимания индивидуума, но всегда в его центре,

5) *заблуждение является индивидуальным и частным образованием,* возникает несмотря на уговоры и убеждения окружения, является самостоятельным, не является продуктом общего мнения, не признается никем из социально-куль-

турной среды, наоборот, считается некорректным.

С другой стороны, поражает то факт, что порочное содержание и тематика похожи во всем мире. Заблуждения через монотонную основную тематику в своем конкретном содержании не являются ригидными. Их непосредственное тематическое содержание отчетливо попадает под влияние жизненных знаний и опыта пациента. Таким образом, они отражают характерные влияния окружающей среды (изменения политического, идеологического и технологического развития), следовательно, деформируются из-за нервных расстройств головного мозга.

3.2.2. Теория личностных конструктов

На развитие теории *когнитивных схем* особенно большое влияние оказал Джордж Александр Келли (1905—1967) и его теория личностных конструктов (1955). Келли был одним из первых персонологов, который подчеркивал значение познавательных процессов в качестве компонентов, которые формируют личность. Согласно его теории человек по своей сути подобен ученому, который стремится к тому, чтобы понимать, предсказывать и управлять своим миром и эффективно им владеть. Воспринимаемая реальность всегда является предметом интерпретации: объективная реальность существует, но разные люди по-разному ее воспринимают. Наши интерпретации мира изменчивы и заменяемы. Человеческие существа являются активными конструкторами своих миров, а не пассивно реагирующие на внутренние или внешние силы, которые сильнее их. Человек, подобно ученому, создает рабочие гипотезы о реальности. С помощью этих гипотез (конструктов) они пытаются предсказывать будущее и управлять своим поведением. Согласно Келли люди сосредоточены больше на будущем, чем на прошлых или настоящих событиях, через призму настоящего всегда идут в будущее. Кроме этого люди характеризуются склонностью и способностью активно обрабатывать среду (воспринимать и интерпретировать), а не пассивно на неё реагировать. Для человека характерно постоянно прилагать усилия к тому, чтобы придать опыту смысл. Это качество позволяет ему строить свою судьбу в зависимости от заданных вопросов и найденных ответов. В соответствии с фундаментальным постулатом теории личностных конструктов *люди управляют событиями вокруг себя.* Люди интерпретируют события с помощью **личных (персональных) конструктов**, используют эту систему для предсказания и контроля событий. Это как шаблон (идея, позиция, выражение или мысль), через которую индивид воспринимает и обрабатывает реальность и которую использует для построения или интерпретации. Это то, что человек сам создал и что активно использует по отношению к миру, чтобы жизнь имела смысл. По личностным конструктам индивид классифицирует отдельных людей и события, с которыми встречается, вещи или события воспринимаются как похожие или отличающиеся.

Аспекты реальности получают смысл в отношениях сходства или контраста. Персональные конструкты могут быть *биполярными и дихотомическими* («хорошо—плохо»; «долгое—короткое»; «сильное—слабое»; «дружелюбные—враждебные» и т.д.) и имеют определенный *диапазон пригодности* (распространяются на определенные вещи, а для других они являются нерелевантными). Например, конструкт «добро против зла» подходит для большинства ситуаций, требующих

личной оценки, в то время как конструкт «корыстность—бескорыстность» имеет более узкий диапазон.

Другой характерной чертой конструкта является его *центр пригодности.* Речь идет о диапазоне событий, для которых человек готов применить данный конструкт. Например, конструкт «корыстность—бескорыстность» кто-то оценивает с точки зрения отношений между родителями и детьми, другой с точки зрения политических отношений, иной — в поведении между партнерами. Центр пригодности специфичен для индивидуума, который использует данный конструкт. Когда субъект установит, что данный конструкт соразмерно предполагает определенные события, то проверяет эту гипотезу на других подобных ситуациях. Если этот прогноз был соразмерным, конструкт укреплен. Если прогноз не подтвердится, происходит ревизия конструкта.

Важной характеристикой конструктов является их *пропускная способность* (проницаемость). Определенный конструкт является проницаемым до той меры, для которой он открыт для получения новых объектов и событий. Пропускные конструкты в свой объем пригодности принимают отношения или события, которые до сих пор не были восприняты в пределах их границ. Непроницаемым является такой конструкт, который направлен только на фиксированный набор вещей и событий. Человек с непроницаемым конструктом «правильный способ — неправильный способ» будет иметь большие трудности в совместной работе с людьми, которые имеют разные подходы.

Индивидуальные конструкты состоят из элементов. Их можно разделить на следующие виды (по мнению Микшик, 1999):

1. *Подкрепленные конструкты;* речь идет о групповом виде конструкта: то, что положено в одно отделение, исключено из другого. Этот вид типичен для ригидных личностей и отвечает типу мышления «ничего, кроме», «если только».
2. *Констелляционные конструкты* позволяют, чтобы элементы принадлежали и к другой области, однако регулируют их членство. К тому времени, когда событие отнесено к одному конструкту, фиксируются другие его характеристики (например, «Если этот человек официант, то он нечестный и манипулирующий; ему нельзя доверять»).
3. *Пропозициональные конструкты* свои элементы предоставляют альтернативным конструкциям. Они способствуют открытости к новому опыту и перспективам. Пропозициональное мышление гибкое.

Хотя личные конструкты являются *когнитивными*, т.е. имеют отношение к исследованию мира, они также содержат *мотивационные* и *эмоциональные* аспекты. Они представляют комплексную основу для оценки и эмоциональной реакции по отношению к себе, людям и событиям. Они могут быть или должны быть *вербализированы.* Некоторые люди способны четко определить, на каком основании они оценивают себя, людей или события. Часто необходимо сделать вывод о сущности конкретного конструкта при неопределенных или неясных заявлениях, иногда это невозможно выразить словами, но конструкт может быть выявлен из поведения человека. Люди имеют свои собственные конструкты, собранные в определенную **систему личных (персональных) конструктов.** Личные конструкты организованы иерархически с акцентом на минимизацию несовместимости и неровностей.

Поэтому люди отличаются не только числом и видом конструктов, но и способом их организации, которая по сути имеет логику. Конструкты расположены пирамидальным способом, когда вышестоящий конструкт подчиняет другие конструкты, а подчиненный содержится в другом конструкте. Например, конструкт «добро—зло» может иметь у разных людей в подчинении конструкт «корыстность—бескорыстность». Иерархическая структура конструктов, однако, не является статической и может меняться в зависимости от их предиктивной эффективности (т.е. как они проявляются в реальности). Организация личностных конструктов дает конструктам индивида консистенцию и упорядоченность. Основная цель индивидуальных конструктов состоит в том, чтобы предвосхищать события. У большинства людей самые важные ситуаций связаны с поведением других людей. Келли говорит об «общественности конструктов». Индивидуумы похожи друг на друга потому, что события для них имеют аналогичное психологическое значение. Люди из одной и той же культуры строят свой опыт в подобной манере. Разные культуры могут иметь очень разные отношения к основному опыту. Социальная интеракция помогает понять, как другие строят свою реальность.

Гармоничная социальная интеракция требует, чтобы человек был в состоянии посмотреть на ситуацию с позиции другого человека и был в состоянии понять и предсказать его поведение. Это значит, что в той мере, в которой Адам будет понимать, как Ева смотрит на мир, он может совместно с ней участвовать в социальных ролях, будь это дружеская беседа, половой акт, попытка доминирования и подчинения либо деловые операции. В этих интеракциях выполняются *социальные роли.* Понятие «роль» имеет в теории личностных конструктов центральное значение; она определяется как «психологический процесс, основанный на конструкте аспектов системы конструктов тех лиц, с которыми он пытается соединиться в определенной социальной деятельности» (Келли, 1955). Социальная роль не возникает автоматически, когда люди говорят друг с другом. По крайней мере один из них должен персонифицировать, как другой человек смотрит на вещи. Это не значит, что люди, которые являются соучастниками социальных ролей, обязательно должны иметь одинаковые конструкционные системы. Главная особенность ролевого поведения — люди используют свои конструкты для предвосхищения того, как будут конструировать события другие люди. Сходство структурных систем фасилитирует успешное поведение в социальных ролях.

С помощью *проработанного выбора* современные люди выбирают такой способ, чтобы свои системы конструктов способствовали большей предикции события. Согласно Келли (1955, с.64) «всякий раз, когда человек сталкивается с возможностью сделать какой-либо выбор, он будет стремиться сделать этот выбор в пользу альтернативы, которая предполагает наиболее удачную основу для антиципации последующих событий». Это улучшение антиципации может у некоторых людей иметь форму сужения и усиления системы конструктов, чтобы они были в состоянии прогнозировать ситуацию в рамках определенного диапазона. Для других точное прогнозирование может иметь форму расширительного применения действия конструкта и расширение сферы ситуаций, в которых возможно прогнозировать. В любом случае, по мнению Келли, конкретно выбранным путем является тот, который с наибольшей вероятностью может повысить возможности системы конструктов прогнозировать события. Если система кон-

структов не в состоянии правильно предвидеть и выявить последующие события, как правило, она меняется. Изменение наиболее часто происходит на фоне новых или необычных событий. Обратная связь о том, как нас ведут конструкты к предикции будущего, может привести к модификации неточного конструкта. Полезные конструкты поддерживаются, другие отвергаются. При конфронтации с новыми событиями человек с относительно непроницаемыми конструктами менее способен адаптироваться, чем индивид с проницаемыми конструкциями.

Ранние конструкты могут быть определены конкретными людьми («отец = авторитет»). Некоторые конструкты, которые развились раньше, чем ребенок освоит язык, связанные с отношением матери и ребенка, могут позднее представлять специфические проблемы. Такие конструкты зачастую сильно непроницаемы, проявляются в различных относительных ситуациях и могут служить как конструкты центральных ролей (родитель, партнер, сотрудник и т.д.). В то же время, учитывая их ранний и превербальный характер, индивид не знает об их существовании или о степени их влияния. Например, женщина может быть часто удивлена, узнав, что она выбирает похожих партнеров, которые в чем-то основном очень похожи на ее отца. Превербальные конструкты могут оказывать влияние на поведение людей таким образом, что индивидуумы об этом даже не подозревают.

Теория Келли была подвергнута критике потому, что он не обращал внимания на эмоциональные и мотивационные аспекты человеческого бытия. Данная теория также не в состоянии специфицировать способы, посредством которых личные конструкты приобретаются и применяются. Единственное объяснение направленности поведения путем расширения системы конструктов по принципу разработанных вариантов критики считают недостаточным (Рассел, 1969). Тем не менее это смелая оригинальная теория, которая обусловливает человека как активного конструктора своего уникального мира.

3.2.3. Когнитивные схемы

Одним из подходов, определяющим характерологические компоненты личности, является когнитивная теория, которая использует термин «схема». Согласно этой теории характер образуется системой так называемых когнитивных схем. Термин «схема» в этом контексте впервые использовал французский психолог Ж. Пиаже (1929). По его мнению, в начале развития мышления преобладает деятельность. Ребенок манипулирует с игрушками, обнаруживает их свойства и постепенно реорганизует свои когнитивные схемы, чтобы они достигли равновесия между структурой своей деятельности и данными свойствами вещей (т. е. так называемая аккомодация). Этим ребенок познает и интернализует функциональные отношения между собой и вещами, а позднее и между вещами и явлениями, в том числе социальные ситуации, себя самого и своего места в мире.

Как в психоаналитической традиции, так и в традиции когнитивной терапии (Бек, 1989; Янг и соавт., 1994) термин схема обозначает основное убеждение, на основе которого человек организует свое представление о себе, о мире и будущем. Американский психиатр А.Т. Бек определил когнитивную схему как относительно стабильный способ организации мышления и оценки событий. Эти схемы представляют совокупность основных, часто не высказанных и бессознательных пред-

положений о том, какой я есть, каков мир вокруг меня, что я ожидаю от него. Бек описал когнитивные схемы, которые, по его словам, могут быть выражены в виде определенных правил или предположений, например, «Если у меня что-то не получится, то я неудачник!» или «Не могу быть счастлив, если меня не любят другие люди». Бек предполагает, что когнитивные схемы создаются под влиянием опыта в раннем детстве, что они остаются латентным, или скрытыми, в течение длительного времени, т. е. могут не влиять на психическое состояние. Однако если они активируются определенным событием, то могут вызвать декомпенсацию личности или актуальное психическое расстройство, такое как депрессия или тревожное расстройство. В связи с тем, что когнитивные схемы часто являются бессознательными, они, как правило, при нормальных обстоятельствах некритически пересматриваются и их достоверность не проверяется. Тем не менее они формируют взгляды на себя, других и мир, через это — поведение индивидуума.

Первоначально Бек разделял схемы на три группы в зависимости от опыта, в котором они наиболее применимы.

1. **Результат** — схемы, касающиеся требований к себе и потребностей успеха. «Чтобы я был счастливым, мне нужно быть успешным во всем, с чем я сталкиваюсь!»

   «Если я допущу ошибку, то это значит, что я ни на что не гожусь!»

   «Я должен быть лучшим во всем, что я делаю!»

2. **Принятие** — схемы, связанные с необходимостью быть уважаемым, любимым, охраняемым, принимаемым другими людьми.

   «Чтобы я был счастливым, меня должны уважать все люди (особенно авторитеты)!»,

   «Я не могу жить без любви!»

   «Если кто-то со мной не согласен, это значит, что он не любит меня!»

   «Моя самооценка зависит от того, что обо мне думают другие!»

3. **Власть** — схемы, касающиеся необходимости контролировать события, потребности силы, господства, контроля над своим поведением и поведением других, потребности в послушании и лояльности других.

   «Я всегда должен быть в состоянии сделать все в одиночку!»

   «Все всегда мне должны помогать!»

   «Никому нельзя верить!»

   «Все меня должны постоянно слушать»

Следующее развитие теории когнитивных схем происходит при изучении *расстройств личности*. По теории представителей когнитивной терапии А.Т. Бека и А. Фримена, пациенты, страдающие расстройством личности, в детстве усвоили относительно стабильный глобальный негативный взгляд на самого себя, других людей и на мир. Этот взгляд зависит от генетических факторов и от раннего жизненного опыта (Бек, 1998). Эти основные убеждения построены в индивидуальных когнитивных схемах, гипотетических структурах мышления (рис.3.4). *Основные схемы* и *производные убеждения* формируют личность.

Основная схема
«Я ни на что не гожусь»

Акцентирование внимания
Собственные ошибки, ошибки и «совершенство» других, постоянное сравнение себя с другими, мысли о своих устремлениях, концентрация внимания на принятие или непринятие себя другими людьми, восприятие деталей и потеря целостности

Производные убеждения
- «Когда другие узнают, какой я есть, они осудят меня»
- «Не стоит делать ничего более сложного, все равно ничего не получится»
- «Если бы у меня что-то отлично удалось, я бы был оценен»
- «Люди между собой соревнуются, оценивая друг друга. Кто проигрывает, не стоит ничего»

Мотивация
Получить оценку и добиться успеха через совершенство и соревнование, другая крайность — добиться признания даже в ситуации, если сдаться

Типичные модели когниций
Самообвинение, мечты о собственном совершенстве и конечном успехе, руминации (навязчивые мысли) сосредоточены на собственных неудачах или неудачах другого человека, мысли об избежании и откладывании дела, рационализация уклонения и «неудачи»

Преобладающие эмоциональные состояния
Частые дисфории и депрессия, тревога, гнев, направленный на себя, зависть, резонансные настроения, стыд

Типичные модели поведения
Состязательность и старательность.
Откладывание, уклонение от сложных видов деятельности, отступление.
Избегание интимности.
Выполнение несущественных дел до полного надоедания.
Состязательность, поочередная старательность и отказ от выполнения дел

Рис.3.4 Проявление основной схемы и производных убеждений

Под характером мы понимаем составляющую личности, которая возникла посредством процесса социализации в детстве. С точки зрения когнитивной теории основой характера являются схемы, т. е. «базовые убеждения, на основании которых человек определяет свое отношение к себе, к миру (к другим людям) и к будущему». Бек в рамках схем выделяет *когнитивную, аффективную, мотивационную* и *инструментальную* составляющие. Каждая схема — в своих последних работах Бек использует термин «психический модус» — имеет определенное когнитивное содержание, оно связано с определенными эмоциями, мотивацией и очевидным действием. Например, схема «Я должен быть совершенным во всем» связана с тревожным напряжением при определенном действии, мотивацией к труду с акцентом на деталях и с контролирующим поведением. Человек имеет различные схемы, которые в разных ситуациях являются по-разному активными: некоторые

латентны, или находятся в спящем состоянии, другие активны и определяют мысли, эмоции и поведение человека в той или иной ситуации. При общении с пациентом главная работа терапевта исследовать его автоматические мысли в конкретной ситуации, определить, какие когнитивные ошибки пациент допустил. На этом основании терапевту надо понять главные или основные схемы, из которых вытекают его мысли и ошибки. Эти схемы затем совместно рассматривают, ставят под сомнение или заменяют более функциональными. Индивидуальные схемы проявляются в разнообразных образцах поведения, мышления, эмоционального опыта, в направлении внимания и в мотивации человека.

Таблица 3.5. Основные убеждения пациентов с расстройствами личности (Beck, 1995)

Беспомощность	**Нелюбимость**
Неадекватный Неспособный Увязнувший Неполноценный Неэффективный Некомпетентный Слабый Уязвимый Срывающийся Дефектный Недостаточно хорош (так, чтобы это можно было измерить) Неудачник (при достижении целей) Нудный Бесконтрольный	Непривлекательный Неприемлемый Отверженный Одинокий Нежелательный Бесхозный, без попечения Плохой Бесполезный Отличающийся Недостаточно хорош (для любви других) Дефектный (следовательно, недостойный любви) Неудачник (в отношениях) Неинтересный

Когнитивные схемы функционируют в качестве образца для определения и оценки ситуации. Индивидуум обрабатывает информацию способом, который отвечает его убеждениям, выбирает информацию из ситуации, которая подтверждает или обесценивает его основные убеждения, игнорирует и недооценивает информацию, которая свидетельствует об обратном. Дети, у которых позже развиваются расстройства личности, часто испытывали острые травмы или менее серьезный, но хронический травматический опыт. Чтобы объяснить смысл того, что произошло с ними, необходимо создать чрезвычайно негативные убеждения не только о самих себе, но и о других людях и мире, в котором они живут (Beck, 1998). Бек (1995) предполагает, что каждый тип расстройства личности соответствует определенной дисфункциональной основной схеме (табл.3.5).

Для того чтобы человек эти убеждения компенсировал или справился с ними, он должен создать ригидные правила, как понимать те или иные события. Постепенно он чрезмерно развивает узкий тип поведения, а другие виды поведения не может развивать в достаточной степени. Каждый вид расстройства личности характеризуется чрезмерно или недостаточно развитыми стратегиями поведения (табл.3.6).

Таблица 3.6 Типичные чрезмерно и недостаточно развитые стратегии поведения для пациентов с расстройством личности (Beck и соавт., 1990.)

Расстройство личности	Чрезмерно развитые стратегии	Недостаточно развитые стратегии
Ананкастное	Контроль Ответственность Систематичность	Спонтанность Импульсивность
Зависимое	Поиск помощи Привязанность	Самодостаточность Гибкость
Пассивно-агрессивное	Автономия Резистенция Пассивность Саботирование	Интимность Ассертивность Активность Сотрудничество
Параноидное	Осторожность Недоверчивость Подозрительность	Спокойствие Доверие Принятие других
Нарциссическое	Акцентирование на себе Состязательность	Разделение (с кем-то мнения, делиться с другими. — прим. перевод.) Идентификация с группой
Антисоциальное	Воинственность Угнетение других Использование других	Эмпатия Взаимность Социальная чувствительность
Шизоидное	Автономия Зажатость	Интимность Взаимность
Избегающее/ уклоняющееся	Социальная уязвимость Избегание Сдерживание	Ассертивность Самоуверенность Коммуникабельность
Пограничное	Импульсивность Искренность «Распад» (Splitting) Отвага Несогласие Неконвенционнальность	Контроль эмоций Сотрудничество Систематичность Релятивность взгляда Отсрочка и проработка аффективной реакции Идентификация с группой Доверие
Гистрионическое	Демонстрация себя Самовыражение Преувеличение	Взаимность Контроль Систематичность

Сочетание крайне негативного взгляда на себя, других людей и мира, дисфункциональные правила реагирования и недостаточный репертуар стратегии поведения ведут человека с расстройством личности к несоответствующей оценке ситуаций и эмоциональному стрессу. Конечно, не у всех людей, которые в детстве имели тяжелые условия, позже развивается расстройство личности. Предположительно болезнь зависит от врожденной уязвимости и устойчивости к психическим травмам (табл.3.7).

Таблица 3.7. Убеждения и стратегии при расстройствах личности *(скорректировано по Беку и соавт., 1990; Beck, 1998)*

Расстройство личности	**Центральное убеждение о себе**	**Убеждение о других**	**Предположение**	**Стратегия поведения**
Избегающее/уклоняющееся	«Я нежеланный, неспособный, социально неловкий»	«Другие люди меня отвергнут»	«Если бы меня люди по-настоящему узнали, они бы меня отвергли» «Если я буду притворяться, возможно, они меня примут»	Избегает интимности. Избегает ситуаций оценки
Зависимое	«Я беспомощный»	«Другие люди должны обо мне позаботиться»	«Если я буду полагаться на себя, я сорвусь» «С помощью других я выживу, буду счастливым и т.д.» «Мне нужны другие люди, чтобы они мне давали опору, и я был смелым».	Полагается на других людей. Развивает зависимые отношения
Пассивно-агрессивное	«Я самодостаточен» «Я уязвим по отношению к контролю и вмешательству»	«Другие проверяют, вмешиваются, требуют, являются доминирующими»	«Другие люди ограничивают мою свободу» «Контроль со стороны других невыносим» «Я должен выполнять работу по-своему»	Пассивное сопротивление, на первый взгляд, адаптивность. Избегает. Саботирует. Изменяет правила
Ананкастное	«Мой мир может выйти из-под контроля»	«Другие люди могут быть безответственными»	«Если я не буду на 100 % ответственным, может рухнуть мой мир» «Когда я установлю четкие правила, все будет хорошо»	Ригидно контролирует других. Применяя правила. Морализует и оценивает
Параноидное	Я ранимый» (Компенсационные: «Я не дамся. я сильный»)	«Другие люди злые»	«Если я буду верить другим людям, они могут мне навредить» «Если я буду осторожен, я смогу защититься.	Чрезмерно подозрителен. Ищет скрытые мотивы. Обвиняет. Контратакует
Антисоциальное	«Я уязвим» «Я одинок» (Компенсационные: «Я сильный и умный (проницательный)»	«Другие меня могут эксплуатировать, использовать»	«Если я не будудействовать первым, меня могут обидеть» «Когда я смогу использовать кого-либо первый, буду иметь преимущество» «Другие людиболваны»	Использует других людей. Манипулирует. Атакует. Ворует

Нарциссическое	«Я меньше, чемдругие» (Манифестирующеекомпенсационное убеждение «Я лучше, чем другие»)	«Другие люди лучше» (Манифестирующеекомпенсационное убеждение «Другие еще хуже»)	«Если со мной другие люди нормально обходятся, это значит, что они думают обо мне, что я хуже их» Я оригинальный, мне нужны специальные правила.	Требует к себе особенное обращение. Состязательность
Гистрионическое	«Я ничто» (Компенсационные: «Я великолепный»)	«Другие меня не будут уважать как личность» (Компенсационные: «Люди здесь для того, чтобы мне служить, либо чтобы они восхищались мной»)	«Если я не буду забавным, то для других не буду привлекательным» «Если я себя буду вести драматически, заслужу внимание других и их одобрение»	Показывает себя. Использует драматизацию, преувеличивает. Драматические приступы злобы, плача. Угрожает самоубийством
Шизоидное	«Я неприспособленный» «Я самодостаточен» «Я одиночка»	«Другие мне не могут ничего предложить»	«Когда я буду держать с другими дистанцию, у меня все будет лучше получаться» «Если бы я попытался иметь отношения, то онине сложатся» «Отношения ничего не приносят»	Создает дистанцию
Пограничное	«Я несовершенный» «Я беспомощный» «Я уязвимый» «Я плохой»	«Другие люди меня обманут, бросят» «Людям нельзя доверять»	«Если бы это зависело от меня, я бы не выжил» «Если я буду верить другим, они меня бросят» «Если я буду зависеть от других, переживу, но потом меня бросят»	Колеблется между крайностями поведения
Шизотипическое	«Я несовершенный»	«Другие меня подвергают опасности» «Они являются неразборчивыми»	«Если я чувствую, что другие люди по отношению ко мне имеют негативные чувства, это является правдой» «Когда я осторожный по отношению к другим, могу отгадать их намерения»	Подозревает скрытые мотивы. Избегает контактов. Занимается монотонной одинокой деятельностью

По Беку и Фримену (1990), каждый тип расстройства личности имеет свой *типичный индекс их основных убеждений* о себе и о других, из которых потом вытекают его *предположения* для эффективного поведения. Некоторые *поведенческие стратегии* в результате могут развиться чрезмерно, другие вообще могут не развиться. *Спектр поведения* в различных ситуациях сужается, что приводит к значительному стрессу (Beck, 1996). Например, пациент с гистрионическим расстройством личности ведет себя чрезмерно драматично при поиске работы, хотя

знает, что такое поведение неуместно и потом он себя за такое поведение упрекает. Как правило, люди, страдающие расстройством личности, по сравнению с другими имеют меньше свободы в принятии решения, какое поведение при определенных ситуациях необходимо применить.

3.2.4. Когнитивные ошибки

Стабильность когнитивных схем, однако, не является вполне абсолютной. Возникшая схема оказывает влияние на оценку внешних импульсов таким образом, чтобы они соответствовали и совпадали с существующей схемой; этот процесс называется **ассимиляцией.** Например, человек, чье основное убеждение — схема, говорит о том, что людям нельзя верить, будет иметь нейтральную тенденцию или, даже дружественное поведение людей вокруг себя будет оценивать как неискреннее и скрывающее «истинные» недружеские намерения. Малоадаптивная ассимиляция происходит в результате когнитивных ошибок (произвольное умозаключение, селективное абстрагирование, игнорирование позитивного, эмоциональное рассуждение, чтение мыслей и т.д.). Когнитивные ошибки (ошибочная логика) являются автоматическими повторяющимися ошибками в мышлении, суждениях или оценке ситуации, например, выбором определенной детали и игнорированием других важных вещей или нелогичной обработкой воспринимаемых событий. Благодаря когнитивным ошибкам индивидуум поддерживает малоадаптивные эмоциональные реакции и формы поведения и когнитивные схемы. Люди обычно не знают о своих когнитивных ошибках. Они знают только об окончательных выводах (рис.3.5, табл.3.8.).

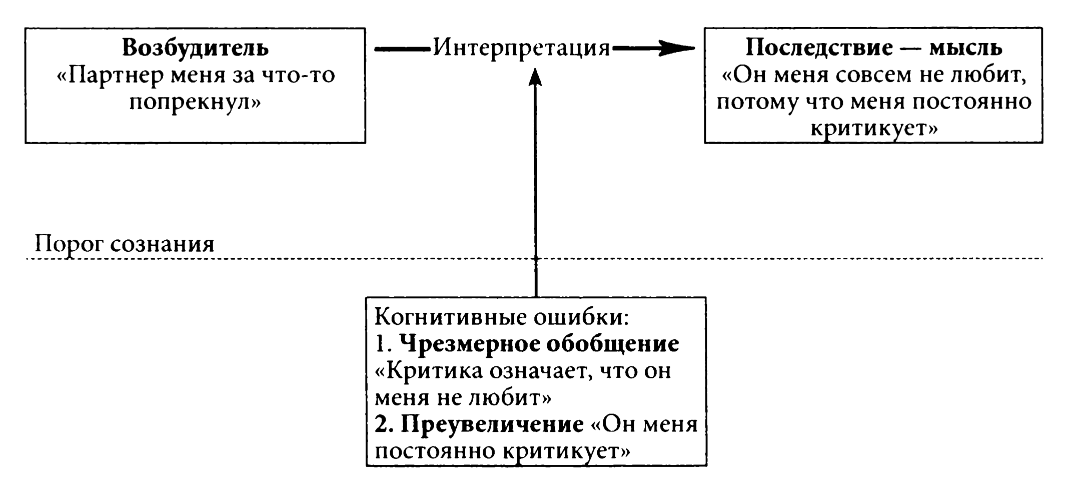


Рис. 3.5. Пример последствий когнитивной ошибки

Импульсы и опыт, которые противоречат существующей схеме, могут влиять на изменение данной схемы; этот процесс мы называем **аккомодацией.** Например, если человек, например, заболеет и люди вокруг него будут ему бескорыстно помогать, не исключено, что его убеждение в том, что людям нельзя доверять, может измениться. Процессы ассимиляции и аккомодации когнитивных схем происходят постоянно и для здорового функционирования психики должны быть

сбалансированы (Možný, Praško, 1999). Когда будет преобладать ригидная ассимиляция всех стимулов в существующие когнитивные схемы, может произойти постепенная потеря контакта с реальностью и развитие, например, параноидального психоза. С другой стороны, при чрезмерной аккомодации, т.е. если человек меняет свои убеждения под влиянием каждой новой информации и опыта, может произойти потеря чувства непрерывности собственного «Я». Когнитивные ошибки обычно очень эффективно препятствуют аккомодации схем.

Таблица 3.8. Типичные когнитивные ошибки, вызывающие ассимиляцию события по когнитивным схемам

1. Необоснованные выводы (произвольное умозаключение)	Человек приходит к определенным убеждениям или оценке на основе недостатка информации. Речь идет о выводах, сделанных мгновенно, «прыжком»
2. Искаженный отбор фактов (селективное абстрагирование)	Человек обращает внимание только на то, что «подтверждает» его убеждения, и игнорирует факты, указывающие на иное
3. Чрезмерное обобщение (сверхгенерализация)	Человек из каждого определенного события делает далеко идущие выводы
4. Преувеличение и преуменьшение	Тенденция придавать определенным фактам чрезмерное значение, а значение других фактов занижать
5. Персонализация (обидчивость)	Тенденция принимать на свой счет случайные события и принимать на себя ответственность за что-то, на что человек на самом деле не смог оказать влияние.
6. Черно-белое мышление (дихотомическое мышление)	Это означает мышление в абсолютных категориях — «все или ничего»
7. Чтение мыслей	Оценивание, что думают другие, на основе неясныхвнешних сигналов
8. Катастрофизация (отрицательные пророчества)	Это поспешные катастрофические выводы наперед, которые сразу предполагают наихудшие последствия
9. Игнорирование позитивных явлений	Тенденция судить нейтральные или позитивные явления как отрицательные
10. Аргументация посредством эмоций (эмоциональное рассуждение)	Тенденция адаптировать оценку внешних событий к своему эмоциональному состоянию, независимо от реальных фактов
11. Навешивание ярлыков	Оценка, когда комплексное явление упрощается для одного (очень часто негативного) атрибута

3.2.5. Ранние малоадаптивные схемы

Оригинальная полная классификация была создана Янгом (Young, 1994), представителем нового направления в рамках когнитивной терапии, так называемая **когнитивная терапия, направленная на схемы** (Schema-Focused Cognitive Therapy). Он описал 18 основных типов, так называемых ранних малоадаптивных схем, которые формируются в детстве на основе негативного опыта и нарушенных отношений. Эти схемы он разделил на 5 групп, каждая из которых соответствует нарушению определенной основной потребности человека в детстве. Янг предполагает, что эти ранние малоадаптивные схемы составляют основу расстройств личности. Он создал вопросник, с помощью которого можно определить малоадаптивные схемы у пациентов (табл.3.9).

Таблица 3.9. Ранние малоадаптивные схемы (Young, 1994)

I. Неспособность устанавливать отношения и отвержение (Disconnection and Rejection)
• Покинутость / нестабильность (Abandonement / Instability)
• Использование / недоверие (Abuse / Mistrust)
• Эмоциональная депривация (Emotional Deprivation)
• Дефективность / стыд (Defectiveness / Shame)
• Социальная изоляция / отчуждение (Social isolation / Alienation)
II. Нарушенная автономия и выражения (Impaired Autonomy)
• Функциональная зависимость / некомпетентность (Functional Dependence / Incompetence)
• Уязвимость к опасности (Vulnerability to Danger)
• Слияние / неразвитая идентичность (Enmeshment / Undeveloped Self)
• Неудачливость (Failure)
III. Нарушение границ (Impaired Limits)
• Превосходство / грандиозность (Entitlement / Grandiosity)
• Недостаточный самоконтроль / самодисциплина (Insuficient Self-Control / Self-Discipline)
IV. Ориентирование на других (Other-Directedness)
• Подчинение / субмиссивность (Subjugation)
• Самопожертвование / сверхответственность (Self-sacrifice / Overresponsibility)
• Поиск социального одобрения и признания (Approval-Seeking / Recognition-Seeking)
V. Чрезмерная бдительность и эмоциональное подавление (Overvigilance and Inhibition)
• Негативизм / страх перед ошибками (Negativity / Vulnerability to Error)
• Чрезмерный самоконтроль / эмоциональное подавление (Overcontrol / Emotional Inhibition)
• Завышенные стандарты / сверхкритичность, придирчивость (Unrelenting Standards / Hypercriticalness)
• Пунитивность (Punitiveness)

I. Неспособность устанавливать отношения и отвержение

Покинутость / несТабильность — это глубокое внутреннее убеждение, что близкие люди будут не в состоянии или не будут желать обеспечивать необходимый уход, эмоциональную поддержку и защиту, потому что они эмоционально неустойчивы или ненадежны, потому что они могут умереть или оставить пациента на попечение кому-либо. Эта схема может быть следствием того, что родители не отвечают на эмоциональные потребности ребенка — будь то последствие развода, расставания, смерти или отказа от ребенка. Люди с этой схемой обычно зависимы в своих отношениях, потому что имеют преувеличенный страх быть брошенными.

Использование / недоверие — убеждение в том, что другие люди будут делать человеку больно, злоупотреблять им, унижать, манипулировать и использовать в своих интересах. Негативное поведение других людей воспринимается как преднамеренное и злорадное. Оно обычно возникает в случае, когда человек подвергается в раннем детстве сексуальному, физическому или психологическому насилию со стороны родителей или братьев и сестер. Люди с этой схемой чрезмерно чувствительны к негативному поведению других и обвиняют их в плохих намерениях.

Эмоциональная депривация. Речь идет об убеждении, что другие люди не предоставят человеку такую эмоциональную поддержку, какая ему необходима. Человек чувствует себя непонятым, пренебрегаемым, недостаточно защищенным и неподдерживаемым. Эти люди, как правило, в детстве испытывали эмоциональное пренебрежение авторитетных людей. Люди с этой схемой холодны, трудны, замкнуты и выбирают в качестве партнеров тех, кто не в состоянии или не желает эмоционально поддержать (любовь, привязанность, благосклонность).

Дефективность / стыд — это убеждение, что человек по своей природе несовершенен и безуспешен. Эти люди убеждены в том, что их никто не может любить, что они никому не могут нравиться, имеют постоянное чувство стыда и страдают от страха, что другие раскроют их недостатки и отвергнут их. Эта схема возникает тогда, когда ребенок подвергается постоянной критике, насмешкам и отвержению со стороны родителей. Эти люди постоянно ожидают, что другие будут их критиковать и отвергать, они чрезмерно самокритичны и обвиняют себя из-за своих недостатков, которые сильно преувеличивают. Они избегают ситуации, в которых могут раскрыться, боятся близких межличностных отношений.

Социальная изоляция / отчуждение — это убеждение, что человек непривлекателен, социально неспособен и подчинен другим людям. Эта схема образуется, когда родители критикуют ребенка за его внешний вид, поведение и дают ему понять, что он хуже, чем другие. Они избегают других людей и зачастую бывают одиноки и изолированы, они вне группы других людей. Они чувствуют себя лучше в одиночестве. Обычно такое убеждение происходит при избегающем расстройстве личности, иногда при пограничном расстройстве личности.

II. Нарушенная автономия и выражения

Функциональная зависимость / некомпетентность — это убеждение, что человек не в состоянии должным образом в одиночку справиться с повседневными задачами без значимой помощи со стороны других. Это относится к обычным решениям, выполнению рабочих обязанностей, домашней работы и т.д. Схема возникает тогда, когда родители не позволяют ребенку ощутить собственную способность, самостоятельность и независимость. Люди требуют помощи других при принятии решений и выполнения задач, выбирают партнеров, от которых они могут быть зависимы. Эта схема, как правило, происходит при зависимом расстройстве личности, пограничном расстройстве личности и при избегающем расстройстве личности.

Уязвимость к опасности — это убеждение, что с человеком может в любой момент случиться беда, что он не в состоянии защититься. Это может быть финансовое бедствие, трудности, касающееся здоровья, природное бедствие или преступное деяние. Эта схема возникает под влиянием чрезмерно защитных действий родителей по отношению к ребенку, которые убеждают его в том, что мир — это очень опасное место, а жизнь непредсказуема. Люди страдают преувеличенными страхами и фобиями, поэтому часто диагностируются как страдающие от определенного тревожного расстройства.

Слияние / неразвитая идентичность — это убеждение, что эмоциональная близость и тесные отношения с другими людьми возможны только в ущерб собствен-

ной индивидуальности и нормального развития. Люди часто убеждены, что не были бы в состоянии выжить или быть счастливыми, если они не будут получать постоянную поддержку со стороны близкого человека. Часто они чувствуют себя с другими настолько переплетенными, что не ощущают собственную идентичность и внутреннюю направленность. Когда они одни, то чувствуют панику и пустоту. Эта схема создается в контексте чрезвычайно эмоционально переплетённой семьи, в которой не выяснены границы между поколениями или эти границы постоянно меняются. Эти люди тяжело становятся самостоятельными и не могут существовать, если находятся за пределами семьи или других лиц, с которыми эмоционально связаны. Это часто происходит при пограничном расстройстве личности.

Неудачливость. Это убеждение, что человек сорвется, когда он что-то будет пытаться сделать и что его способность достичь какого-либо результата намного хуже, чем у других людей. Пострадавший считает себя неталантливым, неспособным и глупым человеком. Эта схема создается в условиях устойчивой критики со стороны родителей, которые несправедливо сравнивают его со сверстниками, братьями и сестрами. Эти люди чувствуют, что они по сравнению с другими неудачны и неспособны, хотя объективно их производительность сравнима или даже лучше. Обычно эта схема встречается при уклончивых и пассивных агрессивных расстройствах личности.

III. Нарушение границ

Превосходство / грандиозность — это убеждение, что человек эксклюзивен, имеет право получить все, что он хочет, независимо от того, является ли это целесообразным и независимым от нужд других. Эта схема создается либо в семьях, где родители не призывают ребенка к ответственности и балуют их или в качестве компенсации за чувства депривации, социальной нежелательности или недостаточности. Люди эгоистичны, имеют о себе высокое мнение и продвигаются вперед независимо от других. Они неэмпатичны и взаимодействуют с другими независимо и бесчувственно. Это типично для нарциссического, гистрионического и антисоциального расстройства личности.

Недостаточный самоконтроль / самодисциплина — это убеждение в том, что чрезвычайно трудно контролировать свои потребности, желания, эмоции и импульсы, чем и выражается неудовлетворение. Эта схема создается в семьях, где родители не воспитывают ребенка, не приучают к самоконтролю и не ограничивают его поведение. Эта схема, однако, может возникнуть в результате невыносимого чувства неуверенности и напряжения, царящего в конфликтных семейных отношениях. Эти люди действуют импульсивно и агрессивно, с большим трудом могут отложить удовлетворение своих непосредственных потребностей. Типичной эта схема может быть для эмоционально неустойчивого, пограничного и гистрионического расстройства личности.

IV. Ориентирование на других

Подчинение / субмиссивность — это убеждение, что за человека все решают другие, что человек не может иметь собственных желаний и предпочтений. Целью подчинения себя другим является попытка избежать их гнев, месть или проще-

ние. Подчиненные лица убеждены, что их желания не являются важными и значимыми для другого, но иногда они чувствуют гнев по отношению к тем, кому подчиняются. Эта схема возникает, когда родители постоянно наказывают ребенка за то, что он высказывает свои собственные желания и потребности. Эти люди слишком послушны, неассертивны и избегают конфликтов любой ценой.

Самопожертвование / сверхответственность — это убеждение, что человек должен добровольно отказаться от своих потребностей и отдавать предпочтение другим. Эти люди мотивированы желанием избавить других от боли и страданий, избежать чувства вины и повысить собственную самооценку. Эта схема может развиваться у детей, чьи родители слишком рано поставили их на роль попечителя себя или кого-то другого. Эти люди чувствуют чрезмерную вину, когда они заботятся о себе, поэтому ставят выше потребности и желания других людей, чем свои собственные, чрезмерно жертвуют собой и берут ответственность за других на себя.

Поиск социального одобрения и признания. Люди со схемой чрезмерной зависимости при согласии и признании других людей уверены в том, что если они такое признание не получат, то это значит, что они плохие. Быстро напрягаются и ведут себя неестественно. Необходимость в утверждении и признании бывает настолько чрезмерной, что другим людям она может мешать. Эти люди не умеют сказать «нет», высказать свое мнение или потребность, ведут себя пассивно или как хамелеоны (как будто им нужна другая выгода, чем признание). Особенно волнуются о признании авторитетных людей.

V. Чрезмерная бдительность и эмоциональное подавление

Негативизм / страх перед ошибками — это убеждение, что человек может совершить ошибку при активной попытке что-либо сделать, что он за эту ошибку будет потом наказан людьми или судьбой. Лучше не пытаться что-либо сделать, потому что в любом случае закончится плохо. Этот настрой возникает впоследствии гиперкритичного поведения, когда каждый проступок, даже незначительная ошибка, постоянно напоминается, наказывается или высмеивается. Также легко можно этому научиться путем повторения за родителями. Эти люди почти всегда напряжены, потому что они постоянно ожидают, что сделают ошибку и будут подвержены критике. Очень часто они действительно критикуются за свою пассивность и уклончивое поведение. Этой схемой часто руководствуются люди с уклончивым расстройством личности, пассивно-агрессивным и ананкастическим расстройством личности.

Чрезмерный самоконтроль / эмоциональное подавление — это убеждение, что свободное выражение своих эмоций обязательно приведет к позору, отказу со стороны других, подвергнет опасности близких людей. Эта схема возникает, когда родители обращают внимание ребенка на необходимость самоконтроля и наказывают его, если он проявляет какие-либо эмоции, особенно гнев. Эти люди ведут себя очень холодно и сдержанно, не в состоянии выражать позитивные эмоции. Они выбирают себе в партнеры людей, которые очень ригидны и могут владеть собой или, наоборот, очень эмоциональны, чтобы по крайней мере в их заместительстве могли испытать определенную эмоциональную свободу.

Завышенные стандарты / сверхкритичность, придирчивость — это убеждение о том, что человек должен постоянно стремиться к удовлетворению самых высоких требований и жестких запросов даже в ущерб собственному счастью, спонтанности, здоровью и спокойным межличностным отношениям. Эти люди часто имеют по отношению к другим нереалистичные ожидания моральных устоев и производительности, уделяют больше внимания статусу, богатству и признанию, чем внутреннему миру и спокойствию. Эта схема возникает в семьях, где чрезмерный акцент поставлен на положение и моральное превосходство, где родители проявляют свою благосклонность в зависимости от достигнутой производительности. Эти люди часто успешны, имеют хорошие позиции, но внутренне, страдают от тревоги, депрессии и неудовлетворенности. В качестве партнеров, они, как правило, выбирают лиц, которые так же требовательны и придирчивы или сами могут критиковать других и предъявлять по отношению к ним высокие требования.

Пунитивность. Эти люди убеждены, что каждая совершенная ошибка других людей должна быть наказана, никто не может позволить себе эту ошибку проигнорировать. На незначительные проступки других людей они смотрят через увеличительное стекло. За все, что где-либо произойдет, они будут считать виноватыми всех независимо от степени их собственного участия. Они бывают агрессивны, ругают и упрекают других либо иным образом нападают на них. Как правило, такие люди воспитывались в семьях, где чрезмерная критика и взаимные обвинения членов семьи происходили ежедневно, при этом никогда не обвиняя себя. Эта схема может быть обнаружена при большинстве расстройств личности.

Условные и безусловные схемы

Янг разделяет указанные схемы на условные и безусловные (Young и соавт., 2003). Безусловные схемы, как правило, возникают в раннем детстве, следовательно, являются основными, в то время как условные схемы возникают позже, на протяжении жизни.

Безусловные схемы не дают человеку надежды. Независимо от того, что он делает, результат одинаков. Всегда доходит до того, что он является неспособен, нелюбим, плох, неисправим. Ничего невозможно изменить. Эти схемы фиксируют то, что случилось с ребенком и против чего ребенок не мог защититься или что-либо изменить. Его попытки и усилия бесполезны.

В отличие от этих схем, *условные схемы* поддерживают надежду. Человек может изменить результат: подчиниться, пожертвовать собой, подавить свои эмоции, очень сильно к чему-то стремиться, быть совершенным и, таким образом, предотвратить негативное влияние (по крайней мере временно) (табл.3.10).

Таблица 3.10. Безусловные и условные схемы

Безусловные	Условные
Покинутость / нестабильность, Использование / недоверие, эмоциональная депривация, дефектность / стыд, социальная изоляция / отчуждение, зависимость / некомпетентность, уязвимость к травме или болезни, слияние / неразвитая идентичность, неудачливость, негативизм / страх перед ошибками, пунитивность, превосходство / грандиозность, недостаточный самоконтроль / самодисциплина	Подчинение / субмиссивность, Самопожертвование / сверхответственность, поиск социального одобрения и признания, чрезмерный самоконтроль / эмоциональное подавление, завышенные стандарты / придирчивость

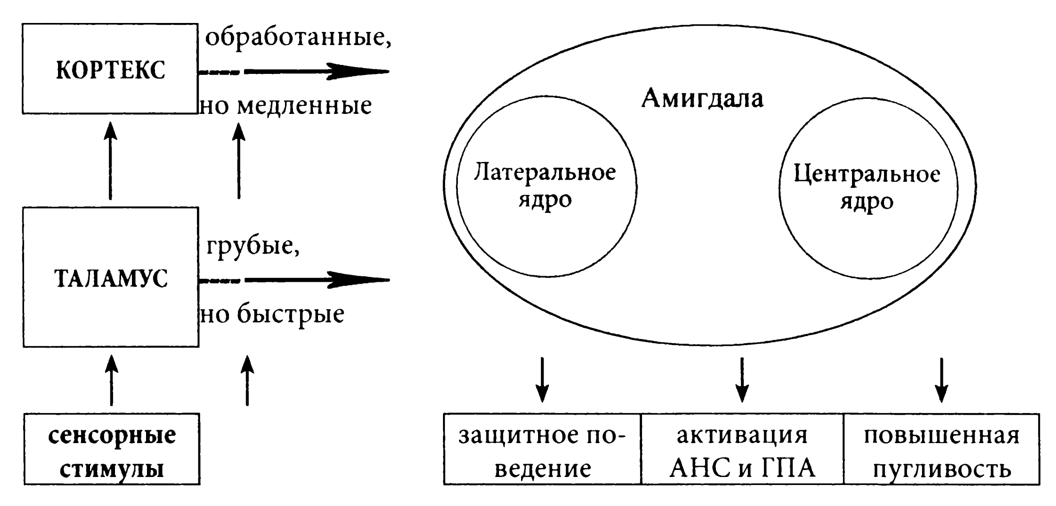
Условные схемы возникли как попытка изменить безусловные схемы. В этом смысле безусловные схемы вторичными, например:

- «Завышенные стандарты / придирчивость» как реакция на первоначальную схему «дефектность / стыд» проявляется убеждением «Если я буду совершенен, я заслужу любовь».
- «Подчинение» как реакция на «одиночество» приводит к убеждению «Если я сделаю все, что желает
- другой, и никогда не буду злиться, он останется со мной и никогда меня не бросит».
- «Самопожертвование» как реакция на «дефектность» приводит к убеждению, что «Если я выполню все его потребности и буду игнорировать свои собственные, он будет меня принимать с моими ошибками; я не буду чувствовать себя нелюбимой».

Невозможно постоянно выполнять требования, вытекающие из условных схем, например, быть постоянно в подчинении и при этом не испытывать гнев. Крайне затруднительно постоянно стремиться к удовлетворению всех потребностей другого человека и жертвовать своими собственными. Быть постоянно во всем совершенным несмотря на огромные усилия невозможно. В том случае, если удается выполнить эти требования, быстро открывается первичная безусловная схема, которая приводит к сильным эмоциональным страданиям.

Янг и другие авторы убеждены, что схемы хранятся на глубоком биологическом уровне, который приводит к тому, что они совершенно бессознательные или человек осознает их лишь поверхностно и воспринимает как должное. По мнению Леду (LeDoux, 1996), механизм для регистрации, хранения и извлечения значимых эмоциональных воспоминаний, особенно травматических, которые произошли в раннем детстве, отличается оттого, который обрабатывает сознательные мысли относительно этих событий. Амигдала хранит эмоциональные воспоминания, а гиппокамп и неокортекс — когнитивные. Амигдала работает вне нашего сознания. Это машина, которая запускает эмоциональные реакции на внешние и внутренние раздражители. Если эти раздражители очень важны (например, означающие непосредственную опасность), информация об импульсе дойдет до амигдалы в 10 раз быстрее, чем ее начинает обрабатывать неокортекс, потому

что существует прямой путь от таламуса к амигдале. В тот момент, когда серая кора только регистрирует сигнал опасности, амигдала уже вызвала бурную эмоциональную реакцию. В этом случае возникают нейрофизиологические эмоции задолго до того, как человек осознает их причину. Гиппокамп — это структура, которая связана с сознательной памятью и отвечает за когнитивную обработку эмоций, созревает только в период от 2 до 3 лет. Именно по этой причине мы не помним события до этого периода. Кроме того, эмоциональные впечатления из более позднего периода жизни являются настолько обременительными, что мы их когнитивно избегаем (т.е. не осознаем), однако в эмоциональном плане мы их можем испытывать очень сильно. Система амигдалы не в состоянии тонко отличать. Выученный страх или беспомощность могут быть запущены импульсами, которые иногда лишь отдаленно напоминают предшествующую ситуацию, в которой произошло обусловливание эмоциональной реакции. Система амигдалы эволюционно старше, чем серое вещество головного мозга. Таким образом, реакции, которые она вызывает, часто рассматриваются как базовые, у человека создается впечатление, что он на них не может влиять. Эмоциональные воспоминания в Амигдале являются постоянными. Кажется, что угасание возможно только тогда, когда они попадают под неокортексный контроль: никогда полностью не исчезнут, могут находиться в спокойном состоянии.



АНС — автономная нервная система; ГПА — гипоталамо-питуитарной-адреналовая ось
Рис. 3.6. «Пути страха»; составлено согласно Леду (LeDoux, 1998) и Дэвиса (Davis, 1998)

Янг предполагает, что большинство безусловных схем закреплены на довербальном уровне, т. е. воспринимаются как эмоциональные состояния, которые хранятся в амигдале. Они возникли в то время, когда ребенок еще не использовал язык и не мог регистрировать воспоминания когнитивно; тем не менее после импульса они сильнее проявляются эмоционально, в телесных ощущениях, в движениях или других автоматических проявлениях поведения. Поэтому при работе со схемами важно работать с эмоциональными состояниями. Самостоятельная работа на сознательном когнитивном уровне недостаточна, поскольку оказывает

большее влияние на гиппокампально-неокортексную систему, чем старая часть лимбической системы, связанной с амигдалой.

3.2.6. Режимы

Согласно Янгу при активации ранних малоадаптивных схем человек переходит в режимы — типичные состояния, при которых он испытывает характерные эмоциональные переживания, имеет характерные мысли и поведение, проявляющиеся в типичных ситуациях. В каждом режиме человек реагирует характерно.

Янг (Young, 2003) описал 10 схематических режимов, которые могут быть сгруппированы в более широкие категории:
1) детские режимы,
2) дисфункциональные копинговые режимы,
3) дисфункциональные родительские режимы,
4) режим здорового взрослого человека.

По мнению автора, **детские режимы** являются врожденными и универсальными. Все дети рождаются с потенциалом для их развития. Речь идет о следующих детских модусах: «уязвимый ребенок», «рассерженный ребенок», «импульсивный / недисциплинированный ребенок» и «счастливый ребенок» (для пациентов авторы используют более индивидуальные названия, например, «брошенная Марушка»).

Уязвимый ребенок является режимом, который обычно является проявлением основных ранних малоадаптивных схем: одинокий, использованный, депрессивный или отверженный ребенок (см. предыдущий раздел). *Рассерженный ребенок* является частью в человеке, которая сердится на взрослых, не удовлетворяющих его потребности, и действует со злостью независимо от последствий. *Импульсивный / недисциплинированный ребенок* выражает сильные эмоции, действует в соответствии с желаниями и внезапными потребностями, которые естественным образом по-разному меняются независимо от возможных последствий для себя и других. *Счастливый ребенок* является режимом, который отражает тот факт, что основные эмоциональные потребности удовлетворены.

Дисфункциональные копинговые режимы могут быть, по мнению автора, трех видов: «послушный капитулянт» (Compliant surrenderer), «отстраненный защитник» и «гиперкомпенсатор». Эти режимы соответствуют трем стилям совладающего поведения (копинг-поведения): подчинению (имеется в виду подчинение схеме), избеганию и гиперкомпенсации. В режиме подчинения человек ведет себя как пассивный, беспомощный ребенок, который пытается удовлетворить потребности других. *Отстраненный защитник* эмоционально закрывается, с людьми держит дистанцию, избегает близости, часто злоупотребляет чем-либо и использует другие уклончивые и защитные механизмы для преодоления жизненных проблем. *Гиперкомпенсатор* является состязательным, воюет с другими, должен постоянно что-то доказывать себе и окружающим, что он не попал в схему раненого ребенка. Все эти малоадаптивные модусы преодоления приводят в дальнейшем к подтверждению основных схем.

Двумя вышеописанными **дисфункциональными родительскими режимами** являются: «наказывающий родитель» и «требовательный родитель». В этих ре-

жимах люди ведут себя, как родители, которые усвоили определенные вещи. *Наказывающий родитель* наказывает некоторые из детских режимов, находящихся в себе самом, и если кто-то вокруг ведет себя подобным образом, высказывает упреки и объяснения, каким плохим является «ребенок». *Требующий родитель* постоянно заставляет своего внутреннего «ребенка» достигать все более высоких, совершенных стандартов.

Наконец, десятым режимом является **здоровый взрослый**. Это режим, который мы пытаемся развивать у пациентов.

Все эти режимы реагирования чередуются в соответствии с импульсами и ситуациями, в которых пациент находится. Наиболее ярко режимы проявляются при пограничном расстройстве личности. Детские режимы здесь эмоционально функционируют на уровне потребностей 2—3 летнего ребенка. Поскольку родители не позаботились о его эмоциональных потребностях в этом возрасте или его психически терзали, в человеке остается до конца его жизни почти ненасытный голод к вниманию и признанию. Если ребенок чувствует непринятие или отвержение, он попадает в режим *уязвимого ребенка*, в котором он проявляет сильную жалость, печаль, безнадежность, или в режим *рассерженного ребенка*, когда ведет себя злобно и агрессивно. Так как эмоции *уязвимого ребенка* являются болезненными и после поведения *рассерженного ребенка* последует чувство вины (режим *наказывающего родителя*), человек с пограничным расстройством личности делает попытки подавить негативные эмоции (функционирует в режиме *отстраненного защитника*). С подавлением негативных эмоций происходит деперсонализация и дереализация, исчезает проживание приятных эмоций. В режиме *отстраненного защитника* человек чувствует, что он совсем не проживает свою жизнь. Подавить негативные эмоции часто не получается, человек взрывается после мелких стимулов в режим *непослушного ребенка* или попадает в режим *уязвимого ребенка*. Следующим возможным режимом пациента является *гиперкомпенсатор*. В этом модусе он старательный, перфекционистский, помогающий и, как следствие, ожидает, что он за эти качества будет принят и любим другими людьми. В этом режиме он, однако, не может слишком долго находиться, это слишком тяжело и утомительно. В связи с тем, что его потребность в принятии (отвечающая детскому режиму *уязвимого ребенка*) слишком велика, ему, как правило, поведение окружающих кажется недостаточно принимающим. Потом он опять впадает в режим *уязвимого ребенка* или *рассерженного ребенка*. Быстрыми переходами между этими основными режимами можно объяснить эмоциональную нестабильность и чрезмерную уязвимость, типичную для пограничного расстройства личности (табл.3.11).

Таблица 3.11. Наиболее распространенная схема режимов у человека с пограничным расстройством личности

Режим	**Функции, симптомы и признаки отдельных модусов**
Уязвимый ребенок	Беспомощны при удовлетворении своих потребностей или поиске защиты. Признаки и симптомы: депрессия, безнадежность, зависимость, пугливость, жертвенность, чувство никчемности, неумение пробудить в других чувство любви, потеря, отчаянные попытки не остаться одиноким, идеализация попечителей

Рассерженный и импульсивный ребенок	Функции: действует импульсивно для удовлетворения своих потребностей, проявляет свои чувства неподходящим образом. Признаки и симптомы: сильный гнев, импульсивность, требовательность, обесценивание, манипулятивность, контроль, злоупотребление, угроза самоубийством, промискуитет
Наказывающий родитель	Речь идет об интернализации критических родителей. Функция: наказывает ребенка за потребности и чувства либо за совершение ошибок. Признаки и симптомы: ненависть к себе, самокритичность, самоотречение, самоповреждение, гнев на себя и свои потребности
Отстраненный защитник	Функция: подавляет потребности и чувства, отдаляется от людей, ведет себя осторожно, чтобы избежать наказания. Признаки и симптомы: деперсонализация, чувство пустоты, скука, злоупотребление веществами, вызывающими зависимость; переедание, членовредительство, психосоматические жалобы, сотрудничество
Гиперкомпенсатор	Функция: удовлетворить потребности критических родителей. Признаки и симптомы: чрезмерно пытается что-либо сделать, переделывает себя, является перфекционистом, самоотверженный

3.2.7. Когниции и эмоции — релятивная десинхронизация

Лазарус (Lazarus, 1968) и Бек (Beck, 1974) предполагают, что когнитивная оценка стимулов приводит к определенной эмоции, т. е. когнитивные процессы являются первичными психическими процессами, а эмоции — вторичными. Другие авторы, напротив, убеждены (в соотв. с Edelman, 1992), что эмоциональная реакция на стимул может предшествовать познавательному процессу. В последние 10 лет по этому вопросу существуют нейрофизиологические доказательства (см.: LeDoux, 1996, 1998; Davis, 1998), что обе реакции могут работать независимо друг от друга (Lang, 1985). Отношения между отдельными системами могут быть относительно свободными (речь идет об относительной десинхронизации). Традиционно, например, тревога, воспринималась как единый феномен, классифицированный как эмоция. В 80-е гг. преобладало понимание тревоги как состояния, которое проявляется в различных системах. Какой из факторов тревоги является каузальным — до настоящего времени неясно. Мысли, связанные с эмоцией, являются ее причиной или последствием? Лэнг (Lang,1985) описал чувство тревоги как реакцию, которая проявляется относительно независимо в трех системах:

1) поведение: избегание ситуации, тремор, жестикуляция и т.д.;
2) вербально-когнитивная реакция: мысли и представления, воспоминания и ожидания, вербальное выражение страха, несосредоточенность, взволнованность и т.д.;
3) физиологические реакции: повышенная активация симпатической нервной системы, в результате этого физические симптомы.

Аналогично можно описать в трех системах другие эмоциональные состояния, — гнев, печаль, беспомощность, радость. Очевидно, что когнитивные процессы как одна из 3 систем, в которых можно описать комплексное эмоциональное состояние, играют важную роль. Однако, что подразумевается под когнитивным процессом? Вероятно, существуют предсознательные когнитивные процессы; это значит, что некоторые импульсы оцениваются и классифицируются прежде, чем

они поступят в сознание. Кроме того, предполагается существование обратной связи между эмоциями и когнитивными процессами. Спор о том, что является первичным — эмоция или когниция, не имеет смысла, если мы воспринимаем эмоции как сложную цепь событий обратной связи, которая обычно начинается с внешнего стимула и его оценки.

3.3. Модель психических расстройств

Рис. 3.7. Биопсихосоциальная модель психического расстройства

Развитие психических расстройств станет понятным из взаимодействия многочисленных факторов риска, к которым относятся *биологические* факторы (генетические, врожденные, приобретенные в результате травмы, болезни и т.д.), *экологические* (из окружающей среды; воспитание, образцы, жизненные события и т.д.), *психологические* (черты характера) и *социальные* (влияние культуры, школьного класса, коллектива на работе, семьи, друзей и т.д.) (рис.3.7).

Учитывая, что биологические, психологические и социальные факторы в развитии человека постоянно влияют друг на друга и часто трудно отличить, какие из них являются более важными, мы говорим о *биопсихосоциальной модели* болезни. При начальном этапе, прогрессе, поддержании и лечении психических расстройств могут быть привлечены следующие основные направления: биоло-

гический, психологический, узкий социальный (семья) и широкий социальный (рабочее место, общество). Из важных этиопатогенетических факторов мы выделяем: предыспонирующие, преципитирующие факторы, собственные проявления психического расстройства, модифицирующие, поддерживающие факторы.

3.3.1. Предыспонирующие факторы

Большинство предыспонирующих факторов являются врожденными или возникают в раннем возрасте. Сюда, в частности, включены *биологические воздействия* — генетические факторы и врожденная уязвимость, хрупкий или неравномерный склад организма. Другие важные воздействия — как биологические, так и психосоциальные — могут происходить от нарушения развития в раннем детстве, сложных семейных ситуаций, длительного и неоднократного стресса, с которым ребенок не может справиться.

Большое значение для позднего возникновения психических расстройств имеет воздействие семьи или социальной среды в детском возрасте. Взаимосвязи, однако, являются более сложными. Поведение взрослого человека не отражает того, что он пережил в детстве. На начальном этапе развития психического расстройства взаимосвязи еще более осложняются. Для качественного эмоционального развития человека в зрелом возрасте необходимо обеспечить в детстве определенные предпосылки. Ребенок нуждается в безопасности, любви, удовлетворении потребностей и физическом контакте со взрослым, который в большей степени обеспечивает его мать. Неполное выполнение этих предпосылок, т. е. эмоциональная депривация в детстве, впоследствии приводит к анормальности в зрелом возрасте (эмоциональная тупость, неспособность эмпатии либо, наоборот, чрезмерная зависимость от принятия и поддержки других). Окружающая среда также должна быть стимулирующей для интеллектуального и эмоционального созревания ребенка. Воспитание должно, с одной стороны, выполнять потребность в безопасности, доброте и терпимости, с другой стороны, требовать разумной интенсивности и последовательности. Чрезмерная строгость родителей и педагогов связана с последующим самоуничижением, чувством вины, неспособностью расслабиться, трудоголизмом и депрессивными состояниями. С другой стороны, чрезмерно балующее воспитание без соответствующей нагрузки обязанностями часто приводит к недостаточному структурированию личности, выраженному эгоцентризму и проблемам в адаптации к социальным требованиям.

Значительное влияние на будущую психическую стабильность или лабильность имеет школа. Она может быть болезненной средой, которая угрожает самооценке ребенка, но и стабилизирующей и укрепляющей окружающей средой, часто нейтрализующей влияния непригодной семейной среды. Влияние школы зависит от поведения учителей и от отношений с одноклассниками. С течением времени влияние учителя на формирование ребенка уменьшается, а влияние одноклассников и друзей растет.

Развитие в детстве, кроме того, зависит от многих случайных жизненных событий. Потеря родителей вследствие смерти, развода, серьезные конфликты родителей, преждевременная сепарация ребенка от матери до яслей, издевательство других детей, воспитание в коллективном учреждении, физическая болезнь, тре-

бующая госпитализации и отделение от естественной среды обитания — самые частые события, способствующие уязвимости к психическим расстройствам.

В детстве происходит развитие когнитивных схем, основных и производных убеждений. Это приводит к использованию и закреплению определенных стратегий поведения. При комбинации *предыспонирующих факторов* возникает **диспозиция**. На основе диспозиции в периоды стресса, к которому человек не в состоянии адаптироваться, развиваются психические расстройства.

3.3.2. Преципитирующие факторы

Преципитирующие факторы — это события, которые происходят незадолго до начала заболевания и вызывают его развитие. Они могут быть физические (соматическое заболевание, сотрясение мозга и т.д.), психологические или социальные. Будет ли под их влиянием развиваться расстройство, зависит от того, был этот человек к нему предрасположен или нет. Преципитирующие факторы могут быть разнообразными и многочисленными. Упрощенно можем привести несколько основных типов:

1. Соматогенные: физические болезни, гормональные изменения в подростковом возрасте, при беременности, травмах и т.д.
2. Психогенные:
   1) жизненные события, вызывающие стресс и заставляющие изменить роли и позиции, такие как смерть близкого человека, развод, увольнение с работы, переезд на другое место жительства, повышение на работе, создание семьи, рождение ребенка и т.д.;
   2) требования к развитию, которые заставляют стремиться к новым стратегиям адаптации, — период полового созревания, переход от школы к работе, менопауза, уход детей из семьи, уход на пенсию, старость и т.д.;
   3) интерперсональный стресс — конфликты в семейных и партнерских отношениях, на работе, в том числе издевательство над человеком и т.д.
3. Социальные стрессоры могут оказывать значительное влияние, особенно когда речь идет о социальных влияниях небольших групп, в которых живет человек (пара, семья, класс, рабочий коллектив). Социальные факторы могут оказывать влияние не только на возникновение, но и на тяжесть и развитие психических расстройств.

Возбудителем расстройства может быть совокупность длительных событий, а также одноразовый стрессовый импульс, будь то импульс социально-психологического характера (например, утрата близкого человека, увольнение с работы), или биологического (например, тяжелый грипп). Внезапные биологические изменения, сезонные обострения подобным образом, как и жизненные события, скорее определяют начало расстройства, чем вызывают его напрямую

Наиболее распространенными стрессорами являются партнерские, семейные и трудовые конфликты, недостаточная адаптация к изменению ролей (роль матери, уход детей из семьи, смена работы и т.д.) и новые роли в жизни, экономические стрессоры. Возбудителями могут также быть многочисленные мелкие психосоциальные стрессоры, такие как чрезмерная критика, отказ, чрезмерно состязательная атмосфера.

Влияние стрессовых *жизненных событий* и *социальной поддержки* наиболее изучено. Тяжелые стрессовые жизненные события часто предшествуют развитию психических расстройств. Очень часто развиваются трудности после определенного периода латентности, т. е. не сразу. Если жизненные события аккумулируются, их влияние оказывается более значительным. Тем не менее фактических жизненных событий недостаточно для развития психических расстройств. Очень стабильные люди их смогут преодолеть, не нарушая душевное равновесие. Негативное воздействие жизненных событий значительно ослабляет эмоциональная поддержка близких людей.

3.3.3. Проявление психического расстройства

Проявления психических расстройств, как правило, в КБТ описывается в следующих областях, которые тесно связаны и влияют друг на друга:

1. **Когнитивные процессы** — это выбор и обработка внешних и внутренних событий в мыслях, фантазиях, воспоминаниях. Важна также когнитивная обработка, например, автоматический выбор информации (селектирование, абстрагирование) и способ ее обработки (когнитивные ошибки, например, эмоциональные выводы). К ним относятся и негативные ожидания будущего, самообвинение и метакогнитивная оценка собственных когниций («Я сумасшедший, если у меня присутствует эта ненужная озабоченность»).
2. **Эмоциональные реакции** — это первичные эмоции, которые являются прямой реакцией на отдельные возбудители (тревога, паника, раздражение), либо реакция на автоматические мысли (страх, гнев, печаль) — вторичные эмоции, которые отражают избегание сильных эмоций (притупление позитивных эмоций и деперсонализация как последствие избегания тревоги или печали) и метакогнитивная обработка ситуации (беспомощность, покорность).
3. **Физические реакции.** У большинства психических расстройств наблюдается более или менее выраженное соматическое реагирование. Физические реакции можно разделить на *нервномышечные*, которые включают повышенное или пониженное мышечное напряжение, тремор, головную боль, а также *вегетативные*, такие как сердцебиение, головокружение, тошнота, потливость, нарушение зрения, сухость во рту.
4. **Поведение.** Для наших целей его можно разделить на перформативное, безопасное, избегающее и интерперсональное. Речь идет не об отдельных категориях, а о вспомогательном распределении, которое поможет нам понять и проанализировать индивидуальные психологические проблемы.
   1) *перформативное поведение* проявляется внешне и часто демонстрирует то, что человек переживает внутренне. Это могут быть бег по квартире при тяжелой тревоге, плач при грусти или депрессии, крик при сильном страхе. Оценка собственного перформативного поведения может быть источником самоупрека и самооценки и, таким образом, служить для удержания проблемы.
   2) *защитное поведение* служит для защиты самого себя от неприятных событий. Оно может привести к удержанию проблемы, перед которой человек пытается себя защитить. Потерпевший постепенно теряет свою способность справляться с волнующей ситуацией без защитного поведения, и у него про-

исходит снижение уверенности в себе. Защитное поведение обычно имеет тенденцию к расширению.

Типичные примеры такого поведения:

Человек, страдающий тревожными состояниями, может перед ситуацией, которой он боится, принять лекарство, чтобы успокоиться, или выпить алкоголь.

Пациент с опасением по поводу своего здоровья может регулярно тщательно проверять свой стул, не изменилась ли его консистенция и цвет, чтобы определить, не ухудшилась ли его предполагаемая болезнь, измерять температуру тела с часовыми интервалами, просить новые лабораторные исследования.

Пациент с посттравматическим стрессовым расстройством постоянно носит с собой газовый баллон.

Пациент с агорафобией ходит в метро с фонариком, молотком и веревкой, чтобы выбраться из тоннеля в случае, если поезд остановится.

3) *избегающее поведение* — это особый тип защитного поведения, когда потерпевший избегает определенных ситуаций, действий, мыслей, которые связаны с волнующей ситуацией, чтобы избежать негативных эмоций и физических ощущений, которые, как следствие, могли бы возникнуть.

Пациенты, страдающие от фобий, избегают ситуаций, при которых они будут подвергаться воздействию своих фобий (агорафобия — средство передвижения, гипермаркеты, открытые пространства; социальная фобия — ситуации, при которых их могут негативно оценить другие люди; спецификационные фобии — пауки, собаки, высота, темнота и т.д.).

Пациенты, страдающие от посттравматического стрессового расстройства, могут избегать всего, что им каким-либо образом напоминает о травматическом опыте, — разговоры о травмах, фильмы с похожей тематикой, определенная деятельность, напоминающая о травме.

Пациенты с озабоченностью по поводу своего здоровья могут избегать определенных продуктов, напитков, физических нагрузок.

Пациенты, страдающие от депрессии, могут избегать действий, которые не были бы успешными или оцененными окружающими людьми.

Избегающее поведение — один из важнейших удерживающих факторов психического расстройства.

4) *интерперсональное поведение.* Все предыдущие типы поведения могут появиться в интерперсональных ситуациях. Наиболее типичные проявления *защитного* интерперсонального поведения включают поиск помощи и уверенности.

Пациент, страдающий обсессивно-компульсивным расстройством, постоянно обращается к другим людям, чтобы удостовериться, действительно ли электропровод в стене не вызовет короткое замыкание. Пациент с озабоченностью по поводу своего здоровья повторно ходит к различным врачам или им звонит. Они объясняют ему, что его страхи необоснованные, или ругают его, что он выдумывает и беспокоит врача без оснований. На короткое время он верит, что они не вели бы себя так безнравственно по отношению к нему, если бы у него действительно был рак.

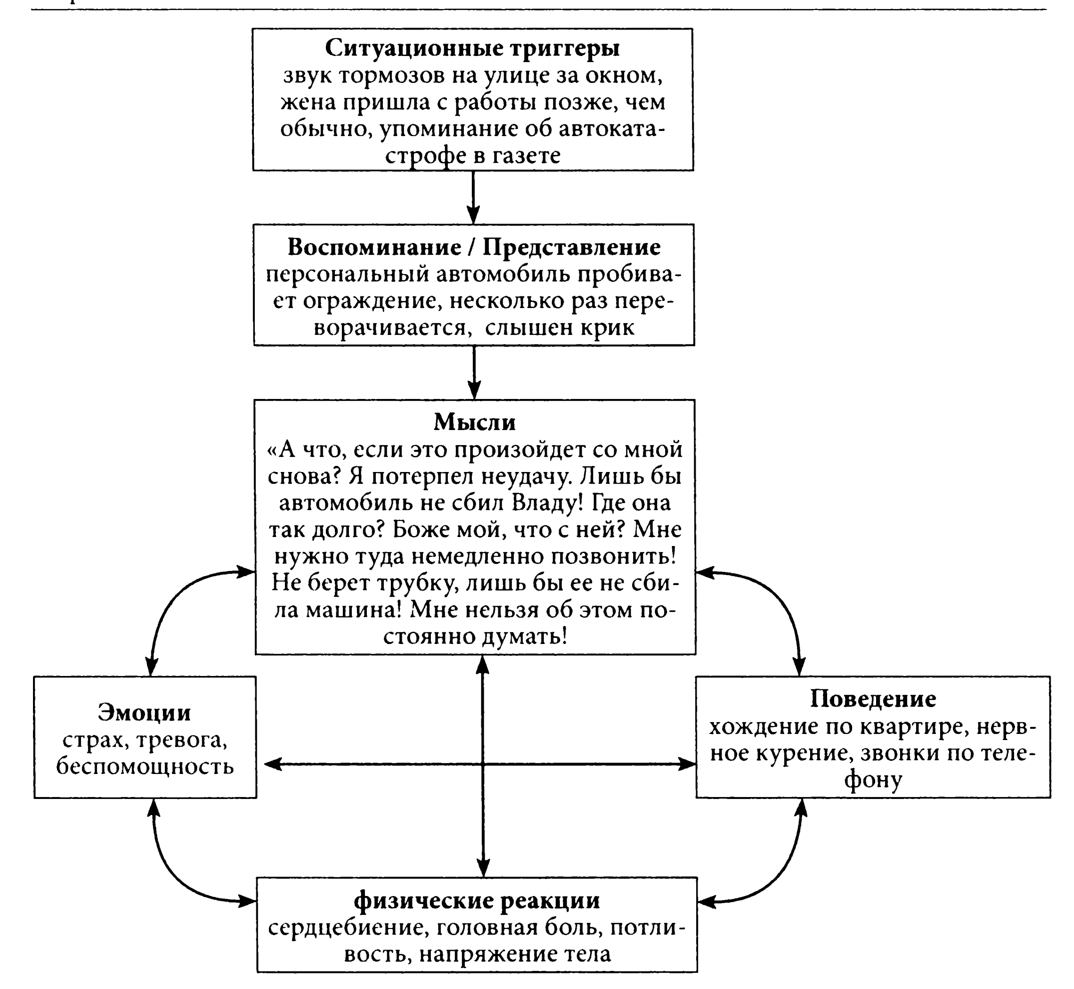


Рис. 3.8. Поведение пациента с посттравматическим стрессовым расстройством после «вспышки воспоминаний»

Для психологических расстройств характерно уклончивое интерперсональное поведение, когда потерпевший избегает определенных социальных ситуаций или интеракций. Впоследствии это может выразиться в тенденции к социальной изоляции. Примеры:

Пациент с социальной фобией избегает разговора с незнакомыми людьми, с девушками, в группе людей.

Пациент с посттравматическим расстройством после изнасилования избегает интимных отношений с новым партнером.

Депрессивный пациент полностью изолируется от окружающих его людей.

При интерперсональном поведении, которое связано с психическим расстройством, включается агрессивное поведение — обвинение, наказание, раздраженные вспышки, иногда даже физическая агрессия (рис.3.8).

3.3.4. Модифицирующие факторы

Определенная степень дискомфорта, которую испытывает человек, страдающий некоторыми психическими расстройствами, зависит от многих факторов-модуляторов. Типичными модуляторами при тревожных расстройствах могут быть наличие или отсутствие близкого человека, расстояние до медицинского учреждения, количество людей в транспортном средстве, место в транспортном средстве (у некоторых людей, страдающих агорафобией, может возникнуть необходимость сидеть или стоять за спиной водителя, а не на другой стороне автобуса), мгновенная смена настроений и т.д.

«Если в магазине не слишком много людей, и мой муж стоит рядом со мной, я могу справиться с этим. Но когда я должна стоять в очереди одна, мне приходят на ум разные мысли, такие как «что делать, если я потеряю сознание, не смогу уложить покупки в сумки, продавщица увидит, как глупо я выгляжу, и скажет это. Что, если у меня что-то упадет и разобьется, все будут смотреть на меня. Я запаниковала бы и выбежала из магазина, я знаю, что я действительно опозорилась бы».

Каждый человек индивидуален, и важно обнаружить мелкие детали и специфические ситуации, которые увеличивают или уменьшают дискомфорт пациента. Ниже приведен список некоторых факторов, которые могут повлиять на увеличение интенсивности страха у людей с агорафобией.

1. Вид транспортного средства, магазина и т.д.
2. Время ожидания в очереди, на автобусной остановке.
3. Место в транспортном средстве (за водителем, у дверей).
4. Присутствие врача или медицинского работника.
5. Возможность в любое время уйти от ситуации.
6. Настроение.
7. Присутствие «безопасных» людей (родственники, друзья).
8. Количество присутствующих людей (например, в час пик).
9. Менструальный цикл.
10. Длительность воздействия.
11. Положение тела (например, сидя или стоя).
12. Доступность медицинского оборудования.
13. Наличие другого стресса (например, семейные конфликты).
14. Медицинские препараты.
15. Алкоголь или другие наркотики (в том числе курение и кофе).
16. Предыдущая подготовка.
17. Погода.
18. Время года.
19. Вид деятельности.
20. Расстояние от выхода.
21. Температура окружающей среды.
22. Высота атмосферного давления.

Многие проявления психических расстройств ухудшаются в результате социальных трудностей человека. Наибольшее влияние на него имеет *поддержка* или *отвержение со стороны семьи* и ближайшего окружения. Важно, принимает окружение человека несмотря на его психическое расстройство или же отвергает его. Эмоциональная обстановка в семье также имеет значительное влияние на курс лечения и восстановления. Семья, где ее члены *бурно выражают свои эмоции,* т. е. где часто происходят драки и конфликты, существенно ухудшает шансы пациента на благоприятное течение заболевания и увеличивает количество рецидивов при психотических расстройствах, а также при маниакально-депрессивном расстройстве. Рецидивы после акутного приступа психоза при поддерживающей терапии с помощью препаратов наиболее часто являются следствием конфликтов в семье. В противоположность этому спокойная семейная обстановка и социальная поддержка (количество и качество социальных связей) может положительно повлиять на человека (табл.3.12).

Таблица 3.12. Важные факторы при развитии и поддержании симптомов у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством

Факторы	**Деление факторов**		**Пример пациентки с посттравматическим стрессовым расстройством**
Предыспонирующий	Врожденные	Наследственность, инфекция и стресс матери во время беременности (характер)	Мать и тетя лечились от депрессивного расстройства. Во время беременности сильный стресс у матери (смерть старшего ребёнка)
	Приобретенные	Выученное отношение к себе, другим и жизни в целом (когнитивные схемы — основные и производные, которые приводят к некоторым стратегиям в мышлении и поведении — вместе составляют характер)	Чрезмерная забота и преуменьшение способностей в детском возрасте **Основная схема:»** Я неспособная». **Производные убеждения:** «Без помощи других я потеряна, я должна всем понравиться, в противном случае они меня бросят, я жертва внешних событий — зависимая»
Преципитирующий	Соматогенные	Физические болезни, гормональные изменения, травмы и т.д.	Состояние реконвалесценции статуса после осложненного мононуклеоза
	Жизненные события	Знаменательные события в жизни, вызывающие стресс и вынуждающие изменить роли и позиции	Нападение и изнасилование тремя пьяными
	Требование к развитию	Новые требования жизненных периодов, понуждающие к новым адаптационным стратегиям	Период безуспешного до сих пор поиска партнера и адаптация к переходу от средней школы к работе
	Интерперсональный стресс	Конфликты и напряженность в отношениях	Конфликты с матерью (болезненно сепаративная тенденция зависимости от нее), страх новых отношений на работе, будет ли она зачислена и принята

Проявление психического расстройства	Когниция	Отбор и обработка внешних и внутренних событий в мыслях, фантазиях	Автоматический выбор угрожающей информации (замечает на улице и на работе все больше мужчин и их движения). Реминисценция на событие и всплески воспоминаний. Самообвинение. Негативные ожидания будущего
	Эмоции	Первичные и вторичные эмоции	Раздраженность, беспокойство, беспомощность, притупление положительных эмоций, деперсонализация
	Физические реакции	Нервно-мышечное и вегетативное выражение эмоциональных состояний и улучшение	Повышенная физическая напряженность, учащенное сердцебиение, гипервентиляция, давление в желудке, боль в животе, гинекологические выделения
	Поведение	Перформационное, предохранительное, уклончивое, интерперсональное	Часто злобно реагирует или плачет, избегает ходить по улице в вечернее время, избегает мужчин, резкие ссоры с матерью, постепенная изоляция от друзей
	Модифицирующие факторы	Интрапсихические, интерперсональные	Улучшение при успехе на работе, похвале, когда ей звонит подруга, ухудшение при скуке и стрессе на работе, после упреков от матери, при менструации
Удерживающий	Когниция	Обработка проявлений психических расстройств и реакции окружающих в мыслях, представлениях, метакогниция	Автоматический выбор угрожающих информаций. Самостоятельная оценка самой себя и самообвинение. Усилие блокировать травматические когниции Метакогниция: я не должен думать об этом, потому что я это не выдержу
	Эмоции	Эмоциональные реакции на проявления психического расстройства	Долгосрочная дисфория и чувство беспомощности
	Физические реакции	Долгосрочные физические реакции	Повышенное физическое напряжение и вегетативные симптомы
	Поведение	Перформационное, предохранительное, уклончивое, интерперсональное	Долгосрочное уклонение от мужчин, более тесным контактам на работе, приятным видам деятельности, проработка травматических событий, длительные ссоры с матерью
Предыспонирующий	Интерперсональное влияние	Поведение окружающих по отношению к пациенту	Мать осуждает за то, что с ней случилось. Сотрудники не знают, как с ней говорить, и ведут себя искусственно или избегают ее. Подруга избегает ее. Принц, который спокойно преодолел бы все препятствия, не появился

3.3.5. Поддерживающие (перпетуирующие) факторы

Эти факторы позволяют дополнительно удерживать возникшее психическое расстройство после его возникновения. Они могут быть применены независимо от того, действуют ли еще факторы, которые первоначально вызвали расстройство. При планировании лечения мы должны сосредоточиться в первую очередь на этих факторах. Влияние на первоначальные или преципитирующие факторы бывает не всегда возможно. Тем не менее, поддерживающие факторы проявляются в присутствии терапевта и, следовательно, как правило, они доступны для терапевтического воздействия. При многих психических расстройствах, например, вскоре появляется деморализация и избегание социальной интеракции, что приводит к углублению и закреплению этого расстройства. Включением в группу это может быть предотвращено. Поддерживающих факторов, как правило, больше, в основном это касается последствий, которые оперантно укрепляют малоадаптивное поведение. Наиболее важные поддерживающие факторы включают:

а) защитное и избегающее поведение,
б) повышенную чувствительность,
в) негативную самооценку, сниженную самооценку,
г) поведение окружающих людей, которые укрепляют малоадаптивное поведение,
д) отсутствие навыков общения,е) антиципирующую тревогу,
ж) малоадаптивный когнитивный стиль,
з) биологические изменения.

1. Защитное и избегающее поведение. Его целью является избегание неприятных моментов в субъективно угрожающей ситуации. Мы поможем себя тем, что заранее примем успокаивающее лекарство или попросим близкого человека сопровождать нас либо сможем избежать ситуацию таким образом, что вообще попытаемся в ней не оказаться или убежим из нее после столкновения с ней. Избежав ситуации, человек почувствует короткое облегчение. Это кратковременное облегчение является наградой за предотвращение и усиливает избегающее поведение до следующего раза. Это приводит к дальнейшему избеганию. Происходит постепенное сужение деятельности. Избегающее поведение может быть скрытым; например, при социальной фобии бывает скрытие беспокойства перед другими путем отвлечения внимания. Скрытое избегающее поведение служит одинаковым целям и имеет те же последствия, как и очевидное избегающее поведение.

2. Повышенная чувствительность. Страх обычно приводит к повышенной чувствительности. Когда человек боится, он за каждым деревом в лесу видит грабителей. Его внимание ориентируется на угрожающие стимулы, которые воспринимаются более селективно и интенсивно, постепенно и при подсознательной напряженности. У тревожного человека как будто бы постепенно развивается специальная система мониторинга, которая фиксирует малейшие сигналы опасности.

3. Негативная самооценка. В ходе психического расстройства у человека часто образуется негативный образ себя, который может проявляться как в воображении, так и в комплексе чувств и физических реакций. Отрицательная самооценка является искаженным негативным представлением о себе, которое не соответствует действительности. Частью собственного образа является потеря самоуверенности и надежды, что человек сам может изменить ситуацию.

4. Поведение окружающих людей, которые укрепляют малоадаптивное поведение. Близкие люди очень часто как в позитивном, так и в негативном смысле укрепляют малоадаптивное поведение в соответствии с принципом оперантного обусловливания. Позитивным подкреплением может быть их внимание, желание помочь, взяв на себя ответственность, а негативным подкреплением снижение требований. Наказание также может способствовать удержанию расстройства. Упреки, наказание, отказ, морализаторство, недооценка — все это усиливает стресс и снижает негативную самооценку.

5. Отсутствие навыков общения. Социальные навыки помогают решать проблемы тем, что мы можем получить необходимую помощь от других и отказаться от их требований, которые нас фрустрируют. При отсутствии социальных навыков роль больного может быть спасением для индивидуума. Это позволит ему избежать стресса при преодолении социальных ситуаций, в которые ему пришлось бы попадать, будь он здоров, и что его окружение могло бы от него требовать.

6. Антиципирующая тревога. Страх, предшествующий ситуации, бывает страшнее, чем страх, который человек испытывает в самой ситуации. Поэтому так часто появляется уклончивое поведение, человек не в состоянии убедить себя, что пугающая ситуация закончится не так плохо, как он ее воображает. Таким образом, он не может научиться, как справиться с пугающей ситуацией.

7. Малоадаптивный когнитивный стиль. Устойчивые негативные автоматические мысли, дисфункциональные схемы, когнитивные ошибки и метакогниция, когнитивное избегание — все это легко удерживает симптомы и проблемы. Малоадаптивный когнитивный стиль может также вызывать скрытное, уклончивое поведение таким способом, что человек заботится и беспокоится о мелочах, которые субъективно ставит выше реальных проблем, и избегает решения задач, которых он действительно опасается.

В качестве поддерживающих факторов чаще всего выступают позитивные последствия определенного поведения, несмотря на то что негативные последствия могут быть для человека очень неприятными и значительно ограничивать его жизнь. Поддерживающими факторами могут быть *непосредственные позитивные последствия*, которые следуют сразу после избегающего или защитного поведения, особенно чувство облегчения, после того как человек избегает определенной ситуации. Это краткосрочное чувство облегчения усиливает избегающее поведение и укрепляет веру в то, что человек не смог бы справиться с данной ситуацией.

Укреплять данное расстройство могут также *долгосрочные позитивные последствия*. Наиболее типичным долгосрочным позитивным последствием психических расстройств, как правило, является семейная забота, освобождение от неприятных обязанностей, уверения врача. Очень сильным долгосрочным положительным последствием, подтверждающим болезнь, может быть пенсия по инвалидности. Поэтому рекомендация должна быть тщательно проанализирована. Тем не менее многим пациентам, страдающим психотическим, депрессивным или обсессивным расстройством, невозможно уклониться от выполнения данной рекомендации (табл.3.13).

Таблица 3.13.

МОДУЛЯТОРЫ

	Улучшают	**Ухудшают**
Изменчивые	Присутствие близких людей, таблетки, алкоголь, мобильный телефон	Одиночество, ссоры с матерью, ссоры с бывшим мужем
Неизменчивые	Небольшое количество людей, близость медицинского учреждения	Много чужих людей, толпа, удаленное место без телефона, безработица

ПОСЛЕДСТВИЯ

	Позитивные	**Негативные**
Краткосрочные	После избегания облегчение, сожаление со стороны родителей (в основном от отца), возможность остаться дома	Страх, паника, ярость, физические проявления паники, злость на самого себя. «Не могу искать работу»
Долгосрочные	«Могу оправдываться, когда я что-то не хочу». Родительская забота. Я ничего не должен. Забота врачей, жалость к себе	Безработица, снижение самоуверенности, депрессия, чрезмерное употребление алкоголя

Большинство людей не осознают положительные последствия порочного круга расстройства или не хотят их осознавать. Впоследствии затруднительно устранить расстройство, оно сохраняется. Обнаружить негативные последствия психического расстройства, как правило, гораздо легче. Эти последствия осознает практически каждый человек. Как правило, они являются основной причиной, из-за которой больной обращается к терапевту (рис.3.9).

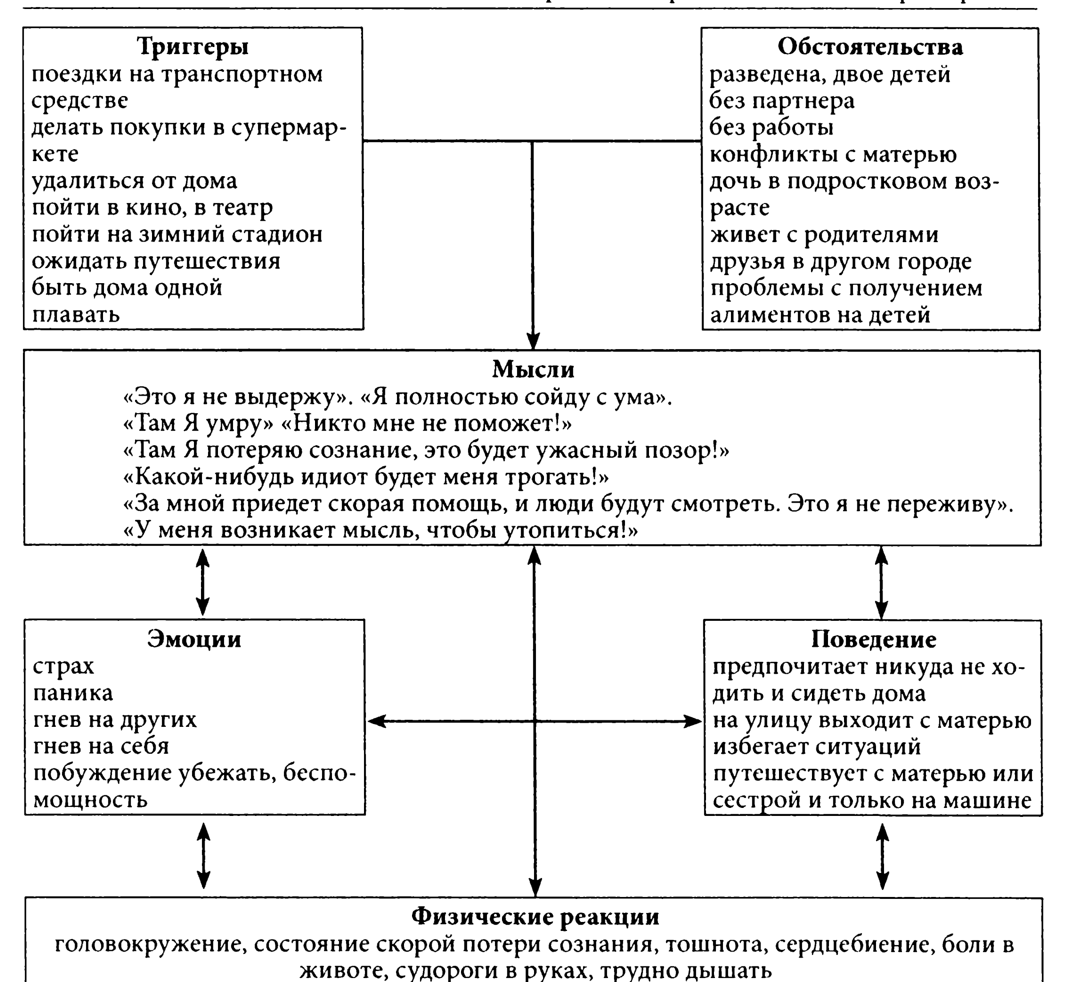


Рис. 3.9. Порочный круг тревожных расстройств с модифицирующими и удерживающими факторами

Литература

Atkinson R. L., Smith E. E., Bem D. J., Nolen-Hoeksema S. *Psychologie.* 2. Aktualizované vydání. Praha: Portal, 2003.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Rev.* 1977. № 84.

Bandura A. The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist.* 1978. № 33.

Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist.* 1982. № 37.

Barlow D. H., Cerny J. A. *Psychological treatment of panic.* NY: Guilford Press, 1990.

Beck A.T., Laude R., Bohnert M. Ideation components of anxiety neurosis. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1974. № 31.

Beck A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* NY: Penguin Books, 1989.

Beck A.T., Freeman A. et al. *Cognitive therapy of personality disorder.* NY: Guilford Press, 1990.

Beck J. S. *Cognitive therapy: Basics and beyond.* NY: Guilford Press, 1995.

Beck J. S. Cognitive therapy of personality disorders// *Frontiers of Cognitive Therapy: The State of the Art and Beyond.* Salkovskis P. M. and Clark D. M. (eds.) NY: Guilford Press, 1996.

Beck J. S. Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients. *Bull. Menninger Clinic.* 1998. № 62.
Blackburn I. M., Bishop S., Glen A. I. M. et al. The efficacy of cognitive behavior therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Br. J. Psychiatry.* 1981. № 139.
Butler G., Booth R. G. Developing psychological treatments for generalized anxiety disorder// Rapee R. M., Barlow D. H. (eds.) *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression.* NY: Guilford Press, 1991.
Chadwick R., Birchwood M. *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia.* London: J. Wiley, 1996.
Davis M. Animal models of anxiety based upon classical conditioning: the conditioned emotional response and fear potentiated startle effect. *Pharmacol. Ther.* 1990. № 47.
Davis M. Are different parts of the extended amygdala involved in fear versus anxiety? *Biological Psychiatry.* 1998. № 44.
Edelman R. J. *Anxiety: Theory, Research and Intervention in Clinical and Health Psychology.* Chichester: Wiley, 1992.
Ellis A. *Reason and emotion in psychotherapy.* NY: Lyle Stuart, 1962.
Ellis A., Dryden W. *The Practice of Rational-Emotive Therapy (RET).* Springer, NY, 1987.
Emmelkamp P. M. G., Merch P. P. Cognition and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia: short-term and delayed effects. *Cog. Ther. Res.* 1982. № 6.
Fairburn C. G. Eating disorders// Clark D. M., Fairburn C. G. (eds.) *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy.* Oxford: Oxford University Press, 1997.
Falloon I. R. H., Boyd G. L, McGill C. W. *Family care of schizophrenia: a problem-solving approach to the treatment of mental illness.* NY: Guilford Press, 1984.
Heimberg R. G., Salzman D. G., Holt, C. S. et al. Cognitive-behavioral group treatment of social phobia: effectiveness at five-year follow up. *Cognitive Therapy and Research/* 1993. № 17.
Kelly G. A. *The psychology of personal constructs.* NY: Norton Press, 1955.
Kingdon D. G., Turkington D. *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia.* NY: Guilford Press, 1994.
Lang P. J. The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety// Tuma, A. H., Maser, J. D. (eds.) *Anxiety and Anxiety Disorders, Hillsdale.* Eribaum, 1985.
Lazarus A. A. Learning theory and the treatment of depression. *Behav. Res. Ther.* 1968. № 6.
LeDoux J. *The emotional brain.* NY: Simon & Schuster, 1996.
LeDoux J. Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry.* 1998. № 44.
Mahoney M. J. *Cognition and behavior modification.* Cambridge (Mass.): Ballinger, 1974.
Možný P., Praško, J. *Kognitivně-behavioralní terapie: úvod do teorie a praxe.* Praha: Triton, 1999.
Mikšik O. *Psychologické teorie osobnosti.* Praha: Universita Karlova, Karolinum, 1999.
Mowrer O. H. On the dual nature of learning — a reinterpretation of «conditioning and problem solving". *Harvard Educational Review.* 1947. № 17.
Murdoch D., Barker P. H. *The base of behavioral therapy.* Oxford: Blackwell Sci. Publ., 1991.
Padesky C., Greenberger D. *Na emoce s rozumem.* Praha: Portal, 2003.
Pearce S., Wardle J. (eds.) *The practice of behavioural medicine.* Oxford: British Psychological Society, 1989.
Philips R. G., LeDoux J. E. Differential contribution of amygdala and hippocampus to cued and contextual fear conditioning. *Beh. Neurosci.* 1992. № 106.
Praško J., Kosova J. *Kognitivně behavioralní terapie úzkostných stavů a depresí.* Praha: Triton, 1998.

Seligman M. E. P. Learned-helplessness and depression in animals and man// Spence J. T., Carson R. C., Thibaut J. W. (eds.) *Behavioral approaches to therapy.* Morristown (NJ): General Learning Press, 1976.

Sharpe M. et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *British Med. J.* 1996. № 312.

Skinner B. F. *Science and human behavior.* NY: Macmillan, 1953.

Solomon R. L., Wynne L. C. Traumatic avoidance learning: the principles of anxiety conservation and partial irreversibility. *Psychol. Rev.* 1954. № 61.

Squire L. R., Zola-Morgan S. The medial temporal lobe memory system. *Science.* 1991. № 253.

Tarrier N., Barrowclough, C. *Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural interventions.* London: Chapman & Hall, 1992.

Young, J. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.* Sarasota (FL): Professional Resource Exchange, 1994.

Young J. E., Klosko J. S. and Weishaar M. E. *Schema therapy: A practitioner's guide.* NY: Guilford Press, 2003.

Warwick H. M. C. A cognitive-behavioral approach to hypochondriasis and health anxiety. *J. Psychosom. Res.* 1989. № 33.

Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide.* Chicheser: Willey, 1997.

Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* Stanford (CA): Stanford University Press, 1958.

4. Структура КБТ

Ян Прашко, Петр Можны

КБТ является психотерапевтическим направлением, которое характеризуется ясной и наглядной структурой. Терапевт подробно анализирует симптомы и проблемы пациента и терапию для конкретного пациента «шьет на заказ». В лечении он идет конкретными шагами, которые следуют логически друг за другом. Основные этапы:

- ориентировочное обследование в начале лечения;
- подробное КБТ обследование, включающее измерения с использованием шкал и опросников;
- бихевиоральный, когнитивный и функциональный анализ проблем(ы), формулировка проблем(ы) и постановка целей;
- создание терапевтического плана;
- систематическое выполнение терапевтического плана;
- завершение лечения.

4.1. Когнитивно-бихевиоральное обследование

КБТ обследование основано на логических принципах. Целью обследования является определение терапевтом и пациентом общей формулировки проблемы и получение подробной информации о факторах, которые поддерживают продолжительность заболевания, возможность для обсуждения с пациентом плана терапии. Кроме того, терапевт должен вначале обследования познакомить пациента с психологической моделью его проблемы. Первый и, вероятно, наиболее важный принцип КБТ гласит, что способ поведения человека определяется на основании непосредственной ситуации, в которой он находится, и тем, как он эту ситуацию понимает (Kirk, 1989). Таким образом, обследование прежде всего учитывает эти данные, причем акцент делается на конкретные ограниченные проблемы и ситуации, а не на общие понятия.

Основные цели:

1) КБТ формулировка проблемы;
2) объяснение КБТ подхода к лечению;
3) начало терапевтического процесса;
4) создание терапевтических отношений.

1. Когнитивно-бихевиоральная формулировка проблемы

КБТ основана на экспериментальных процедурах, так что первый сеанс посвящен созданию начальных гипотез (так называемая формулировка) и плану лечения.

Хотя основная часть обследования осуществляется на начальных сеансах, этот процесс продолжается в течение всей терапии. На основе информации, полученной из обследования уже на первых встречах, формулируют предварительную гипотезу и разрабатывают предварительный план лечения. Гипотеза включает

предшествующие факторы и возбудители проблемного поведения, его модуляторы и последствия, факторы, которые поддерживают проблемное поведение. Действие предварительной гипотезы затем проверяют на следующих терапевтических сеансах и при домашних заданиях. Если эта гипотеза не подтверждается, то терапевт ее корректирует и перефразирует таким образом, чтобы она совпадала с обнаруженными фактами. Оценка и измерение выполняют в начале лечения. Этот процесс, однако, в ходе терапии повторяется несколько раз. Во время лечения также необходимо уточнить или при необходимости изменить центр тяжести проблемы и, таким образом, определить цель лечения.

По мнению Кирка (1989), терапевт может совершить ошибку, думая, что при классификации проблемы (например, «фобия высоты») из нее непосредственно следует ход лечения (например, градуированная экспозиция). Однако клиницисты все больше осознают тот факт, что диагноз очень приблизительно определяет, какой терапевтический подход может быть эффективным у конкретного пациента и что это только предварительный шаг, который надо дополнять более подробной информацией. Терапевт должен найти ответы на многие вопросы. Что делает пациент открыто или скрытно и что хотел бы изменить? Чем вызвано такое проблемное поведение (ситуативно, в уме или в теле) и при каких обстоятельствах возникает данная проблема? Каковы последствия проблемного поведения? И особенно — чем проблемное поведение поддерживается, будь то в краткосрочной или долгосрочной перспективе? Какой из этих факторов должен быть изменен, чтобы произошло изменение проблемного поведения?

2. Объяснение когнитивно-бихевиоральных подходов в лечении

Кроме анамнестической информации и оценки поведения пациента необходимо уже на первой встрече предоставить пациенту информацию о структуре терапии. Он должен знать, какая будет частота посещений, как долго будет длиться сеанс, где, когда и как будет проходить лечение. Когнитивно-бихевиоральное обследование имеет также в целом образовательный смысл и направляет внимание пациента на внешние и внутренние переменные, чью связь к своей проблеме он прежде не осознавал. Врач просит пациента рассказать о его повседневных проблемных ситуациях, физиологических симптомах, мыслях и идеях, межличностных отношениях, а также явном поведении и о том, как каждая из этих групп переменных влияет на его проблему. Обращение внимания пациента на эти функциональные связи, является частью информирования пациента о психологической модели. На первой или второй встрече пациенту следует объяснить (желательно указывая на его собственные симптомы и проблемы) когнитивно-бихевиоральную модель расстройства. Обучение происходит уже при сборе анамнестических данных. Терапевт классифицирует их при каждом изложении, для максимальной ясности помогает рисунком-схемой с поиском и объяснением взаимной связи.

Терапевт может резюмировать информацию, полученную от пациента, следующим образом:

«Если я вас правильно понял, когда у вас что-то не получается, это может быть и мелочь, например, когда у вас подгорела яичница, это вам значительно ухудша-

ет настроение. Вы говорите о себе: «Я ни на что не гожусь. Уже даже домашние дела не могу осилить! Я абсолютно ни на что не способна! Что делать, если Влад меня бросит? Как я смогу одна справиться с детьми?» И когда у вас в голове пробегают эти мысли, вы чувствуете грусть, безнадежность, вы злитесь на себя и порой чувствуете сильную тревогу. Появляются физические ощущения: усталость, напряжение в теле и в желудке, головная боль. Вы стараетесь избегать любой деятельности, и ложитесь в постель, откладывая другие дела. Однако эти автоматические мысли еще после этого усиливаются, вы продолжаете упрекать себя, вы чувствуете себя еще хуже и остаетесь в постели весь день. Я правильно понял?»

Кроме того, он может пациентке (пациенту) нарисовать порочный круг ее (его) симптомов (рис. 4.1, 4.2).

Рис. 4.1 Порочный круг депрессивных симптомов

После этого изложения и объяснения можно перейти к попытке разорвать этот круг, например, постепенным увеличением активности, изменением мыслей, релаксацией, где могут помочь экспозиции и действие лекарственных препаратов.

Пациент в ходе обследования должен быть информирован, что когнитивно-бихевиоральный подход направлен в основном на самопомощь, что терапевт стремится помочь пациенту освоить навыки, необходимые для управления не только текущими, но и другими подобными проблемами, если они повторятся (Kirk, 1989). Терапевт должен подчеркнуть значение и важность домашних заданий, так как основная часть терапии происходит в повседневной жизни, пациент практически применяет то, что обсуждалось на терапевтическом сеансе. В разговоре между терапевтом и пациентом необходимо установить связь взаимного сотрудничества. От пациента ожидается, что он будет активно собирать необходимую информацию, докладывать об эффективности применяемых методов и будет предлагать новые возможности для лечения.

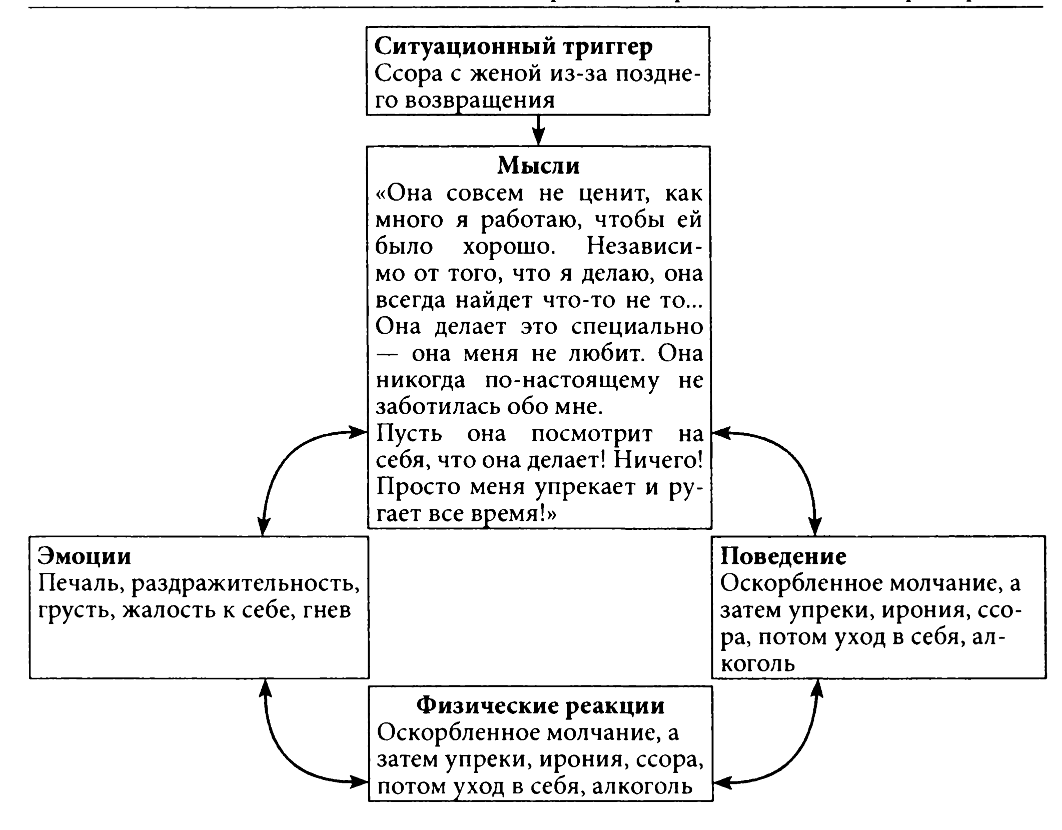


Рис. 4.2 Порочный круг ссоры с женой

3. Начало терапевтического процесса

Первичное обследование имеет в начале терапии очень важное значение не только для анализа проблемного поведения, но и потому, что уже вовремя его проведения де-факто начинается терапия. Начинаются терапевтические отношения. Пациент знакомиться с тем, как он будет работать во время терапии. Терапевт с пациентом договариваются о правилах лечения. Пациент часто приходит с недифференцированной концепцией проблемы, в депрессии или в тревоге либо гневный, беспомощный, страдающий от расстройств мышления, восприятия и т.д. Он может иметь проблемы, которые он не понимает. На первом этапе терапевт с помощью вопросов помогает отделить симптомы от проблем. Как только пациент прояснит и различит отдельные проблемы, они приобретают тот объем, с которым пациент в состоянии справиться, он начинает верить, что все может измениться к лучшему.

Пациентка, которая жаловалась на приступы сердцебиения, внезапную боль в груди, затрудненное дыхание, боязнь путешествовать, частый понос, нарушение зрения и повышенную потливость, раздражительность к мужу и боязнь оставаться одной дома, почувствовала облегчение, когда симптомы были названы как часть одной проблемы (т. е. паническое расстройство с агорафобией), которая может быть в данный момент вылечена проверенными способами.

Обследование подчеркивает, что изменений можно достигнуть, помогая пациенту сосредоточиться на том, что он может побороть, вместо того чтобы постоянно углубляться в свою проблему. Необходимо установить разумные ограничения в том, что в терапии можно достичь. Например, нельзя реально ожидать, что молодой человек с социальной фобией уже *никогда* не будет ощущать эмоционально неприятные ощущения среди людей, но можно ожидать, что он будет способен выступать перед одноклассниками, сдавать экзамены, сможет заговорить с незнакомым человеком в неструктурированной ситуации.

В последующих сеансах терапевт обучает пациента различать ситуационные триггеры (возбудители, антецеденты), управлять собственным проблемным поведением и его последствиями. Далее пациент учится различать поведение, мысли, физические реакции и эмоциональные состояния и ищет их взаимную связь. Постепенно он начинает понимать, чего он теряет из-за проблемы. Терапевт действует правильно, когда при пациенте заносит в схему наблюдаемые данные. Так пациент учится уже при сборе анамнеза. Обследование позволяет пациенту понять, как его неприятные ощущения изменяются в зависимости от внутренних и внешних событий, что они не просто случайно посланы судьбой. Отсюда следует, что если можно предсказать эти колебания, то можно ими управлять. Для пациентов может быть затруднительным постичь функциональную зависимость между определенным событием и симптомом. Например, пациент говорит:

«Вчера я себя ужасно чувствовал. Я не понимаю, что произошло. Мое сердце снова начало биться, я боялся, что это может быть сердечный приступ, и на всякий случай вызвал «скорую помощь». У меня, конечно, ничего не нашли. Что произошло в тот день? Ничего особенного. Иностранный партнер не подтвердил заказ, и теперь у нас будут проблемы, потому что это был наш самый крупный клиент. Я чувствую себя беспомощным, я не знаю, что с этим делать. Кроме того, наши сотрудники бунтуют и требуют повысить зарплату. Но нет средств, чтобы сделать прибавку к зарплате, скорее всего не дадут и премию. Это провал. Я не знаю, как им об этом сказать. Потом я пришел домой. Моя жена начала мне читать нотации, что я опять поздно пришел с работы. Я рассердился на нее, как будто она понимает, что происходит. Я смог промолчать. Я поел и успокоился, выбросил все из головы. А через два часа я вдруг почувствовал сильное сердцебиение, когда я уже был в спокойном состоянии!»

Терапевт должен показать пациенту свою заинтересованность и понимание его проблем и неприятных ощущений; именно таким образом ему может стать значительно легче, особенно если он ощущает чувство стыда, вины или безнадежности, как это бывает во многих случаях.

Наконец, следующей важной функцией обследования является определение, есть ли какой-либо факт, на котором необходимо в срочном порядке сосредоточиться (Kirk, 1989). Например, у депрессивного пациента всегда необходимо узнать, не имеет ли он мысли о самоубийстве; когда кто-то жалуется, что не может справиться со своими детьми, необходимо проверить, не применяется ли к ним физическое насилие.

4. Создание терапевтических отношений

На вступительном сеансе пациент должен быть проинформирован о том, что КБТ в значительной степени является самопомощью, что пациент будет сам учиться, как решать проблемы, активизировать себя и уменьшать уровень своей депрессии и тревоги, регулировать аффекты, управлять социальными навыками и т.д. Терапевт поможет определять проблемы, ставить цели, обучит терапевтическим методам, которые пациент должен использовать сам в качестве домашних заданий. Основная часть лечения должна проводиться не в кабинете врача, а в повседневной жизни. Пациент должен внедрять на практике то, что узнал во время сеанса. Терапевтическая связь основана на взаимном сотрудничестве. Терапевт ожидает, что пациент будет активно участвовать, как при сборе необходимой информации и при сообщении врачу обратной связи, так и в поиске собственных возможностей для решения своих проблем. Важно с самого начала установить рамки взаимного сотрудничества. «В течение следующих 12 недель мы будем сотрудничать, принимать любое решение мы должны вместе».

Всякий раз, когда начинается процесс, пациент учится у терапевта, как уважать, доверять, быть честным, правдивым и как вести себя естественно. В начале разговора терапевт должен сосредоточиться на том, чтобы понять человека, который сидит перед ним. Терапевт получает всю необходимую информацию о личной истории, семейной обстановке, происхождении, воспитании, предыдущих болезнях, важных отношениях и личностном развитии пациента. Вся эта информация говорит об уровне развития личности пациента.

4.2. Первичное обследование

Первичное обследование — это короткий (60-90 мин) разговор для получения основной информации о проблеме пациента, а также предварительное определение диагноза. Терапевт должен определить, какая терапия подходит для пациента. Для укрепления надежды пациента на успех и установки терапевтического взаимного сотрудничества целесообразно провести активную терапию уже при первичном разговоре и сообщить пациенту о способе терапевтической работы.

Большинство пациентов не имеет представления о том, как должно происходить обследование. Поэтому терапевт во время разговора ненавязчиво берет инициативу в свои руки. Для успокоения пациента и установления контакта терапевт читает предварительно полученную медицинскую документацию и объясняет, что он на данном сеансе планирует делать. После того как терапевт и пациент представятся друг другу, сеанс можно начать, например, таким образом:

«Ваш участковый врач рассказал мне о проблемах, с которыми вам необходимо справиться. Я понимаю это таким образом, что большую часть времени вы чувствуете себя грустным, у вас снижено настроение, вы не испытываете радость. На работе вы не можете сосредоточиться, ночью плохо спите, несмотря на то, что хорошо засыпаете, рано утром просыпаетесь и больше не можете уснуть. Будущее вас беспокоит, вы боитесь, что не сможете справиться с финансовыми проблемами семьи, что ваша семья вас бросит. Можете ли вы сейчас описать проблемы собственными словами? Затем я спрошу

вас, что произошло в то время, когда возникли проблемы, как они изменились с течением времени. Потом мы более детально вернемся к тому, как это выглядит сейчас. Вы можете начать с того, что кратко расскажете, что вы считаете своими главными проблемами».

Четко выполненное обследование также позволяет установить хорошие терапевтические отношения. Выражение эмпатии, внимания и профессионального интереса в спокойной атмосфере создает мостик к методам терапии. Желательно послушать, что пациент расскажет о своих проблемах. Можно предположить, что он провел много времени, думая о них. Терапевт должен проявлять интерес к пациенту. Эмпатические замечания: «Это должно быть очень трудным для вас», или «Это, безусловно, сильно вас расстроило» — побуждают пациента установлению взаимного контакта. Подведением итогов и перефразированием того, что сказал пациент, и рефлексией собственных чувств терапевт дает понять, что понял проблемы пациента.

«Если я вас правильно понял, вы страдаете от этих навязчивых мыслей и проверок уже в течение 9 лет. Вы перепробовали много психотропных препаратов и проходили 3 года психоанализ. Так как это незначительно помогло, теперь вы часто чувствуете себя беспомощным и безнадежным. Вы думаете, что какое-либо изменение невозможно».

В начале обследования врач просто слушает, либо задает открытые вопросы. Однако если пациент описывает проблемы слишком расплывчато и не полностью, необходимо его направлять и сосредоточить на более подробной информации. Тогда могут помочь дополнительные вопросы:

«Можете ли вы описать последний случай, когда были так расстроены? Когда это было? Что вы почувствовали прежде всего? Как изменилась ваша жизнь с того времени, когда появились данные проблемы? Что вы не можете делать из-за этих проблем? От чего вам пришлось отказаться из-за этих проблем?»

Работая с медлительным пациентом, целесообразно обратить внимание на важные вопросы и возвращаться к ним, когда пациент склонен к открытому диалогу и рассказывает обо всех подробностях. Пациента следует подбодрить кивком головы, внимательным взглядом, а также дополнительными вопросами и комментариями. Однако необходимо, чтобы терапевт своими вопросами не влиял на свое первоначальное представление о том, какие проблемы имеет пациент.

4.2.1. Проведение первичного обследования

1. **Введение.** Поздоровайтесь с пациентом и представьтесь ему, объясните цель разговора и скажите ему, сколько времени будет длиться данный разговор.
2. **Описание проблем и симптомов.** Попросите пациента, чтобы он описал свою проблему.

В этой части (7—10 мин) необходимо получить общую картину текущей ситуации пациента и его проблем. Терапевт пытается уловить признаки, указывающие на возможные возбуждающие стимулы и поддерживающие факторы, чтобы к ним позже вернуться в разговоре. Целесообразно подытожить проблемы пациента и убедиться, что их правильно поняли. Терапевт может сказать:

«Вы говорите, что главной проблемой является то, что вы краснеете перед незнакомыми людьми, особенно перед девушками, следовательно, избегаете таких ситуаций. Далее вы избегаете ситуаций, где должны выступать перед одноклассниками. Это создает вам большие проблемы в школе, поэтому имеете опасения, сможете ли доучиться. Так ли это? Может, я забыл что-то важное?»

Затем задайте ваши вопросы об отдельных клинических проявлениях, которые связаны с проблемой. Что пациент в связи с проблемой делает или не делает? Какие у него мысли и представления, физические ощущения? какова частота этих ощущений и когда возникают данные проблемы? Какие ограничения в жизнь пациента приносят эти проблемы? Когда они появились? Колеблется ли их интенсивность? Что влияет на их интенсивность? При рассмотрении проблемной области очень важно уже при первом разговоре с пациентом отличать четыре области — поведение, мышление, эмоциональность и физические реакции.

Другие подходящие вопросы: В чем изменилась бы жизнь пациента, если бы проблема была решена? Каковы признаки, указывающие на то, что он что-то не делает или чего-то избегает? Защищает ли он себя в некотором роде от проблемы и ее последствий? К чему это приводит в непосредственной или долгосрочной перспективе? Есть ли у него чувство безнадежности или мысли о самоубийстве?

На этом этапе обследования не обязательно узнать о пациенте все. Данные, которые мы собираем при обычном психиатрическом обследовании (семейный анамнез, образование и т.д.), при начальном обследовании обычно не устанавливаются, если только они не связаны с нынешними трудностями пациента. Цель в том, чтобы получить картину текущей ситуации пациента. Поэтому необходимо определить основные проблемы и получить достаточно информации об их возникновении, развитии и контексте, в котором они появляются (жилье, социальные связи, деятельность и т.д.), а также о негативных автоматических мыслях, которые с ними связаны, чтобы мы смогли создать предварительную формулировку события, основанного на когнитивно-бихевиоральной модели расстройства. Такая формулировка (которую мы сообщим пациенту) по своей сути является гипотезой, которая должна быть подтверждена в процессе терапии либо опровергнута на основе дополнительной информации. Во многих случаях мы не сможем получить информацию, необходимую для полной формулировки (особенно из-за отсутствия информации о базовых предположениях, убеждениях и раннем опыте) раньше, чем на последующих сеансах.

Структура первичного разговора:

1. **Введение**. Приветствие, представление себя, сообщение цели и продолжительности разговора

2. **Описание проблем и симптомов:**
- Симптомы и жизненные проблемы.
- Начало / развитие / контекст формирования расстройства.
- Ситуативные триггеры, мысли, эмоции, физические реакции, поведение.
- Последний случай возникновения серьезных проблем.
- Когда, где, как, как часто, с кем возникают, с кем не возникают.

- Модифицирующие факторы.
- Избегание, гиперкомпенсация, защитное поведение и заверения.
- Непосредственные и отдаленные последствия.
- Чувство безнадежности / суицидальные мысли.
- Предыдущее лечение.

3. Список основных жизненных проблем.

4. Установление предварительных целей терапии.

5. Знакомство пациента с его расстройством, со смыслом и методом терапии:

- Практические детали.
- Порочный круг автоматических мыслей, эмоций, поведения и физических симптомов.
- Варианты изменения. **6. Начало терапии — совместная проработка небольшой задачи:**
- Конкретные: избрание первой проблемы, на которую будет направлена терапия.
- Общие: пациент сможет испытать, какой стиль применяется в КБТ.

7. Домашнее задание

- Простое, чтобы пациент смог его выполнить.

8. Обратная связь и назначение следующего сеанса

Общие цели ориентировочного обследования:

1) установить связь;
2) вызвать чувство надежды;
3) позволить пациенту понять теоретическую модель расстройства;
4) проверить сотрудничество пациента с терапевтом на практике.

Примерные вопросы для первичного обследования при тревожном расстройстве

Последний случай Когда в последний раз возникала эта проблема? Что конкретно произошло? Не могли бы вы детально описать эти события? Затем добавьте такие вопросы: «Каковы Ваши физические ощущения (учащенное сердцебиение, потливость, чувство стеснения в груди и т.д.)? Вы помните, что о чем вы думали в тот момент? Что вы делали? Каковы были ваши чувства, какие эмоции преобладали? Что произошло потом? Это был типичный случай? Если нет, чем он отличался?»
Частота и предшествующие факторы Как часто возникает эта проблема? Она появляется в определенных ситуациях все чаще или интенсивнее? Есть ли такие ситуации, которых вы пытаетесь избежать или при которых испытываете наиболее серьезные трудности? Если да, что самое худшее вы представляете, что могло бы произойти? С какими ситуациями вы легче справляетесь? Почему? Есть ли другие ситуации или объекты, которые вызывают тревожность, беспомощность, гнев?
Физиологические реакции У вас обычно бывают некоторые неприятные физические симптомы (затрудненное дыхание, стеснение в груди, сердцебиение, потливость, жар или чувство холода, чувство потери сознания или головокружение, тошнота, покалывание в руках, тремор)? Как часто проявляются эти симптомы? Они начинаются внезапно или нарастают постепенно? Что появляется в первую очередь? Что происходит потом? Когда вы чувствуете себя хуже всего? Сколько времени обычно длятся симптомы?

Поведение Что вы делаете, когда беспокоитесь о том, что могли бы попасть в эту ситуацию или что может появиться приступ тревоги? Что вы делаете, когда попадаете в такую ситуацию или когда действительно появляется тревога? Сосредоточьтесь: а) на методах, как избежать тревожных ситуаций или обезопаситься перед ними; б) преодолении ситуации; в) приеме пищи, алкоголя или лекарств для снижения беспокойства.
Мысли Как часто вы думаете об этой проблеме? Что вы о ней думаете? Какие мысли или идеи возникают у вас в голове, когда приходится сталкиваться с этой ситуацией или когда чувствуете, что появляется беспокойство? Какие мысли или идеи появляются, когда Вы действительно попадете в эту ситуацию, когда Вы чувствуете тревогу? О чем вы думаете, когда она перестает действовать?
Прошлое Как долго длятся эти приступы тревоги? Сколько уже времени избегаете этих ситуаций? С чего все началось? В то время произошло что-то необычное?
Колебание интенсивности Было ли время, когда вы были в состоянии легче справляться с такими ситуациями? Когда это было в последний раз? Что случилось? (сфокусируйтесь на болезни, менструальном цикле, юбилее, изменении личной ситуации)
Последствия Какое влияние оказывает эта проблема на вашу жизнь (сфокусируйтесь как на отрицательных, так и на положительных последствиях, например, возможности избежать выполнения неприятных задач)? Как вы будете противостоять последствиям этой проблемы?
Интерперсональные аспекты Какое влияние ваша проблема оказывает на других людей? Что Вы думаете об этом? Что об этом думает муж, партнер, жена, подруга?
Актуальная мотивация для лечения Почему вы пришли лечиться именно сейчас? Ваша ситуация в последнее время ухудшилась или нет? Реагируют ли иначе разные люди на вашу проблему и как?
Предыдущее лечение Вы когда-нибудь лечились от этой проблемы? Вы когда-нибудь обращались к психиатру с другими проблемами? Когда это было? Как вам помогло лечение? Если нет, почему вы прекратили лечение?

Соматический анамнез В последнее время вы наблюдались у какого-нибудь врача — участкового терапевта и т.д.? Каков результат? Вы говорили ему о приступах тревоги? Вы принимаете какие-либо лекарства? Пьете кофе? Вы курите? Пьете алкоголь?

Примерные вопросы для отдельных областей первичного обследования при депрессии

Настроение Как вы чувствовали себя на прошлой неделе? Как вы чувствовали себя утром после пробуждения? В течение дня когда вы чувствовали себя лучше всего? Когда в течение дня вы чувствовали себя хуже всего? Ваше настроение менялось изо дня в день? Когда вы себя чувствовали подавленным, было ли хоть что-нибудь, что могло вам немного поднять настроение? Если да, когда вы чувствовали себя хорошо, что смогло испортить ваше настроение? Считаете ли вы, что ваше настроение не зависит от того, что происходит вокруг вас? Не могли бы вы описать настроение, когда вы чувствуете себя действительно плохо? Какое это состояние?

Деятельность и удовольствие Как Вы провели минувшие выходные. (Пусть пациент подробно опишет то, что он делал в течение дня) Так вы проводите все свои выходные? Если нет, то в чем отличие? На что бы вы предпочли потратить больше (меньше) времени? Почему? Для работающих людей: Какая у вас профессия? Вам она нравится? Изменилась ли работа в последнее время? Почему? Вы в состоянии справиться с таким же объемом работы, как всегда? Что вы делаете после работы? Для безработных: Что вы делаете в течение дня? Что вы делали, например, вчера? Это был обычный день? Чем он отличается от обычного дня? Что вы обычно делаете вечером? Вы перестали делать что-то из того, чем занимались раньше, или ограничили это в последнее время? Какое удовольствие вам приносит то, что вы делаете? Что вам больше всего нравится делать? Как часто вы это делаете? Чувствуете ли вы себя в последнее время слишком уставшим? Если да, то расскажите более подробно. У вас исчез интерес к сексу?	
Общественная деятельность Как часто вы выходите в общество, встречаетесь с друзьями? Где вы с ними встречаетесь, чем вместе занимаетесь? Сколько времени вы проводите с семьей? Вас это удовлетворяет? Какие люди для вас наиболее важны, кому вы доверяете свои проблемы и чувства? С кем вы предпочитаете находиться рядом? Как часто вы с ним (с ней) видитесь? Вы себя хорошо чувствуете в компании? Изменилось ли это в последнее время? Как часто вы находитесь один? Как вы себя чувствуете в одиночестве?	
Самооценка и другие когнитивные аспектыЧто о вас говорят другие, как они вас могли бы описать? Как бы вы могли описать самого себя? Каковы ваши положительные качества? Есть ли что-то, что вы хотели бы изменить в себе? Что именно? Вы когда-нибудь чувствовали, что вы в тягость другим людям? В чем? Возникает ли у вас иногда чувство вины? Чего оно касается? Каковы ваши планы?	
Суицидальные наклонностиВы когда-нибудь чувствовали себя настолько плохо, чтобы сделать с собой что-то? Вы ощущали, что хотели бы умереть? Возникали ли у вас мысли о самоубийстве? Если да, когда это было в последний раз? Было ли это на прошлой неделе? Вы уже думали о том, каким образом покончить с жизнью? Что помешало Вам это сделать? Вы уже пытались покончить с собой? Если да, когда это было? Что вас к этому привело?	
Сон Как вы спите в последнее время? У вас есть проблемы со сном? Сколько времени необходимо, чтобы заснуть? Вы просыпаетесь в течение ночи? В какое время просыпаетесь по утрам? Сколько часов ночью вы обычно спите? Как Вы обычно чувствуете себя по утрам? Как долго Вы остаетесь в постели, прежде чем встать? Случалось, ли когда-нибудь, что вы не смогли встать? Как часто это происходит? Почему? Когда вы встаете, одеваетесь сразу или еще какое-то время ходите в пижаме? Вы иногда ложитесь в постель в течение дня? Как часто? Почему? На какое время?	
Аппетит / Вес Какой у вас в последнее время аппетит? Изменился он как-нибудь? Вы поправились или потеряли в весе в течение последних нескольких недель?	
Прошлое Как долго вы чувствуете себя как сейчас? Это длится все время или были периоды, когда вы чувствовали себя лучше или хуже? Когда вы поняли, что стали более депрессивным? Исчезают ли иногда эти депрессивные чувства? На какое время они исчезают (часы, дни, недели)? Как вы себя чувствуете, когда ваша депрессия полностью исчезает? Как начинается ваша депрессия — резко или постепенно нарастает? Возникает ваша депрессия на пустом месте или ее создают какие-либо события? Какие? Как вы объясняете свою депрессию? Произошло ли с вами в последнее время что-то важное, о чем вы хотели бы мне рассказать? Был ли когда-нибудь период, когда вы чувствовали себя необычайно хорошо и были очень активны? Можете ли вы об этом рассказать подробно?	

Предшествующие факторы Есть ли события или ситуации, которые вызывают у вас депрессивное чувство? Если да, можете ли мне об этом рассказать подробно? Когда в течение прошедшей недели вы чувствовали себя хуже всего? Что тогда произошло? Когда в течение прошедшей недели вы чувствовали себя лучше всего? Что тогда произошло?
Последствие депрессии Как бы ваша жизнь изменилась, если бы у вас не было депрессии? Другие люди знают о вашей депрессии? Кто именно? Вы рассказываете о депрессивных чувствах и мыслях другим людям? Как часто? Что вы говорите? Как другие люди реагируют на вашу депрессию? О чем вы обычно говорите, когда находитесь с кем-нибудь вместе?
Жизненные события Теперь мы повторим то, что вы пережили в течение этого года. Случились ли за это время в вашей жизни некоторые важные события и изменения? Если да, можете ли мне об этом рассказать более подробно? Что было причиной (описанного события)? Как вы на это реагировали / что вы делали / как Вы это смогли сделать? Желательно обсудить проблемы на работе, в семье, болезни и смерть кого-либо в семье или среди друзей, другие проблемы.
Прошлое и настоящее лечение Вы принимаете сейчас какие-либо лекарства? Какие? Сколько? Как долго? В прошлом вы принимали какие-либо лекарства от депрессии? Какие? Оказали они на вас какое-либо действие? Вы лечились какими-нибудь другими способами от депрессии? Как? Когда? Как долго? С каким результатом?

При работе с депрессивным пациентом очень важно обсудить его чувство безнадежности и суицидальные наклонности. Как только пациент признает суицидальные тенденции, необходимо оценить, насколько его суждения серьезны, подумывал ли он серьезно о том, как и где совершить самоубийство, что препятствует в его реализации. Когда мы обнаруживаем у пациента очень сильное чувство безнадежности и суицидальные мысли, то именно на эти чувства мы должны направить первоначальную терапевтическую интервенцию. Некоторые терапевты считают, что они не должны говорить с пациентом о самоубийстве, чтобы не внушить ему эту идею. На самом деле пациент часто чувствует облегчение, если с кем-нибудь свободно поговорить об этом может. Самоубийство, как правило, является реакцией на убеждение, что ситуация невыносима, что нет никакого способа, чтобы ее изменить. Самоуничтожение поэтому представляет попытку решить определенные проблемы. В ходе обсуждения можно искать альтернативные решения или по крайней мере прийти к соглашению, что это решение будет отложено и, таким образом, доказать эффективность лечения.

3. Совместно разработанный предварительный список проблем. Этот список уточняется после полного обследования. Список обычно содержит два типа проблем: симптомы расстройства и жизненные проблемы. Жизненные проблемы относятся к другим областям, нежели само расстройство, и могут быть более или менее с ним связаны. Тем не менее это предварительный ***список вопросов.*** Он наводит определенный порядок в хаосе. Большое количество неприятных переживаний сводится к конечному числу относительно конкретных трудностей. Процесс редуцирования проблем имеет решающее значение в стимулировании чувства надежды, потому что показывает, что проблемы могут быть постепенно решены.

4. Установление предварительных целей терапии. Предварительные цели, основанные на индивидуальных проблемных областях, мы устанавливаем на первом сеансе. Конкретизацию целей необходимо осуществить после комплексного

обследования, бихевиорального и функционального анализа. Нам помогут такие вопросы: «Что бы вы хотели, чтобы в этой области изменилось? Предположим, что терапия начнет действовать. Что тогда в этой области изменилось бы?» Цели во время лечения могут меняться. Некоторые перестают казаться важными, другие должны быть изменены. Также могут появиться новые цели. Тем не менее для терапевта и пациента важно поставить цели в начале лечения. Это помогает исправить нереалистичные ожидания пациента и создать измеритель, на основе которого можно оценить прогресс.

5. Ознакомление пациента с его расстройством, смыслом и методом терапии. Объясните пациенту, как будет проходить лечение, предоставьте информацию о его механизме действия, о задержке по времени, в течение которого его действие еще не проявится. Объясните пациенту модель расстройства, от которого он страдает, на примере его собственных проблем. Кратко ознакомьте пациента со смыслом и практикой КБТ. Пациенту необходимо предоставить информацию о приблизительном количестве сеансов, продолжительности терапии, как часто будут проходить сеансы. Также необходимо объяснить пациенту смысл домашних заданий, дать телефон терапевта, чтобы пациент мог при необходимости связаться с ним. Необходимо ясно и понятно изложить пациенту основные принципы терапии. Первым из этих принципов является то, что психическое расстройство может быть воспринято как следствие порочного круга негативного мышления и измененного настроения, как описано выше. Этот порочный круг может быть прекращен, т. е. пациент может научиться «нащупывать» и проверять автоматические мысли и находить более реалистичные, которые помогают альтернативному объяснению. Пациент не должен в полной мере понимать сложность когнитивной модели, он не обязан считать, что терапия ему поможет. Речь идет о взаимном согласии в том, что эти основные предпосылки терапии соответствуют опыту, который имеет пациент со своим психологическим расстройством, и что он готов начать лечение. Выяснение, есть ли у пациента какие-либо сомнения и неопределенность, является особенно важным, если предыдущая терапия была неуспешной. В этом случае может помочь открытое выражение скептицизма: «Я знаю, что вы уже пытались решить свои проблемы и это не удалось. Поэтому я предполагаю, что вы скорее всего сомневаетесь, что эта терапия поможет решить Ваши проблемы. Если у вас есть такие сомнения, я был бы очень рад, если бы вы мне о них рассказали, чтобы мы могли их обсудить». Когда пациент открыто выразил сомнения, их можно конструктивно обсуждать или по крайней мере признать, что пациент может разумно рассуждать («Я очень рад, что вы это сказали»), и договориться, что лучший способ проверить эффективность КБТ — это ее использование.

6. Начало терапии. Совместная разработка несложной задачи. На основе некоторых событий, о которых вы узнали во время описания проблемы, перед пациентом ставится первая небольшая задача, например, описать его собственный депрессивный порочный круг. На примере этой задачи, пациент поймет, как протекает КБТ.

7. Домашнее задание. Поручение простого задания способствует взаимному сотрудничеству и деятельности с первого сеанса. Задача должна быть простой, на-

пример, пациенту с депрессивным расстройством необходимо разработать шкалу настроения от —4 до +4 или шкалу деятельности, а также график настроений или ежедневные записи частых автоматических мыслей. У пациентов с агорафобией это может быть составление списка агорафобических ситуаций в иерархии по сложности; у пациента с обсессивно-компульсивным расстройством — список его навязчивых мыслей и защитных ритуалов. Домашнее задание должно быть очень простым, чтобы пациент смог его выполнить. Мы также можем записать весь вводный сеанс на кассету, которую отдадим пациенту. Предпочтительно иметь для пациента подготовленное руководство, которое он может изучать одновременно с терапией. Другой подходящей первоочередной задачей является самонаблюдение в проблемных ситуациях. Пациент приносит к следующему сеансу новую информацию о своем поведении, мыслях, эмоциях и физических реакциях.

8. Назначение следующего сеанса. В конце сеанса необходимо договориться о теме следующей встречи. Если терапевт лечит депрессивного пациента, важно зафиксировать контактную информацию друг друга, чтобы быть на связи. Необходимо выяснить, что делать пациенту в тот момент, когда у него появятся мысли о самоубийстве. Необходимо иметь информацию, где пациент может найти терапевта, а терапевт — пациента.

Этот метод проведения предварительного обследования лучше всего подходит для амбулаторных условий. При госпитализации критерии отбора КБТ отличаются. Например, вы можете создать терапевтические программы и для умственно отсталых, слабоумных или психотических пациентов, от которых невозможно ожидать взаимного сотрудничества. Даже в этих условиях считается, что невозможно проводить КБТ без ведома или против воли пациента. Возможным исключением являются бихевиоральные программы оперантного обусловливания для устранения агрессивного или аутоагрессивного поведения умственно отсталых людей, или программы развития социальных навыков хронически психотических пациентов или детей, страдающих аутизмом. В этих случаях всегда необходим тщательный надзор или письменное согласие опекуна или законного представителя пациента.

4.2.2. Противопоказания для начала КБТ

Противопоказания КБТ являются относительными, а не абсолютными. КБТ не рекомендуется начинать, если:

1. Пациент страдает от настолько серьезного психического расстройства, что не в состоянии понять принципы терапии и активно сотрудничать (например, при тяжелой меланхолической депрессии, остром психозе с паралогией и спутанным сознанием, при тяжелой деменции, тяжелой умственной отсталости).
2. Пациент отказывается сосредоточиться при терапии на серьезных проблемах, которые могли бы быть успешно предотвращены (например, проблемы, связанные с пристрастием к алкоголю или наркотикам).
3. Пациент не желает самостоятельно выполнять домашнее задание, вести письменные записи о своих проблемах; настаивает на нереальных или неэтических целях терапии, не имеет достаточной мотивации (терапия в качестве оправдания).
4. Пациент проходил КБТ в прошлом, она ему не помогла. По этой причине он данной терапии не доверяет.

4.3. Подробное обследование

Когда мы с пациентом уже договорились начать КБТ, следующим шагом является подробное изучение его проблем, их происхождение и развитие, а также ознакомление с его жизненной историей и текущей ситуацией. Это подробное обследование занимает по крайней мере один, а иногда и 2 ч. По этой причине в некоторых случаях целесообразно уделить этому вопросу более чем один сеанс. Результатом этой оценки должна быть когнитивно-бихевиоральная формулировка проблем пациента, которая включает факторы возникновения и поддержания этих проблем. Начальную постановку задачи мы, однако, понимаем в качестве гипотезы, которую в ходе последующей терапии необходимо дополнять, уточнять и, возможно, менять. В этом смысле обследование происходит в течение всей терапии.

4.3.1 . Методы обследования

Хотя основные данные при КБТ приобретаются в ходе бихевиорального разговора, это только один из способов обследования. При оценке конкретной проблемы бывает полезно различать различные виды реакций — поведение, физиологические процессы, когнитивные и эмоциональные. Способы обследования помогут нам предоставить информацию о разных системах реагирования. Это особенно важно тогда, когда между отдельными системами нет явной синхронизации (Rachman и Hogson, 1980). Например, пациент изменил свое поведение, но все еще при опасной ситуации имеет неприятные физические реакции. Если мы сосредоточимся только на оценке неприятных ощущений пациента, это закроет нам путь к прогрессу. Таким образом, можно дополнить обследование бихевиоральным тестом, в котором пациент расскажет о проблемном поведении.

Методы обследования:

1) когнитивно-бихевиоральный разговор;
2) самонаблюдение;
3) самооценка (анкеты, глобальные рейтинговые шкалы);
4) информация от других людей:
— разговор с родственниками,
— наблюдение со стороны родственников,
— прямое наблюдение за поведением в клинике;
5) ролевая игра;
6) бихевиоральные тесты;
7) побочные продукты поведения (следствия, исход);
8) измерение физиологических значений.

КБТ разговор, таким образом, может дополняться информацией, которую пациент будет собирать и записывать после разговора. Основная часть разговора фокусируется на подробном определении проблемы, чтобы с ней можно было начать при следующем самонаблюдении.

Прежде чем мы окончим детальное обследование и придем к окончательной формулировке проблемы, могут пройти 2 —3 сеанса. Многочисленные исследования показали, что наибольшее количество изменений происходит в течение первых лечебных сеансов. Было бы жаль, если бы прогресс не наблюдался из-за использования неправильно подобранных процедур, пока терапевт и пациент не разберутся в проблеме. Только когда они придут к общему пониманию пробле-

мы и факторов, которые поддерживают ее, терапевт и пациент смогут применять конкретные терапевтические методы и оценивать эффект.

4.3.2. Когнитивно-бихевиоральный разговор

Большинство пациентов перед началом разговора не знают, чего им ожидать от него. Поэтому целесообразно объяснить им смысл домашних заданий и обобщить то, что мы уже знаем из предварительного обследования. Для начала мы попросим пациента, чтобы он подробно описал свою текущую проблему. Мы ему дадим свободно высказаться и направим далее, задавая подходящие вопросы. Так как этот разговор также является идеальной возможностью установить терапевтические отношения, необходимо действовать эмпатически и выражать свой интерес. При разговоре необходимо соблюдать следующие принципы:

1. Если пациент выражается неясно, противоречит своим словам или использует терминологию, необходимо выяснить, что именно он имеет в виду,
2. Чтобы убедиться, что мы правильно поняли пациента, мы используем так называемую рефлексивную обратную связь, т. е. повторяем то, что мы узнали от пациента, и просим его подтвердить эту информацию.
3. Иногда мы должны прервать пациента и суммировать имеющуюся информацию, для того чтобы проверить, что мы его правильно поняли.
4. Мы избегаем наводящих вопросов, намекающих пациенту, как он должен ответить (вместо «Вы, наверное, в этой ситуации сильно беспокоились?», лучше использовать фразу «Как вы себя чувствовали в тот момент?»).
5. Сначала мы задаем открытые вопросы («Какое у вас было настроение?»), которые потом меняем на более конкретные вопросы («Сколько раз это произошло на прошлой неделе?»).
6. При разговоре мы должны стараться избегать вопросов, которые начинаются со слова «почему?». В основном используем вопросы, начинающиеся с «кто? что? где? когда? как? как часто?». На данном этапе обследования мы не пытаемся получить объяснение от пациента, а вникаем в суть проблемы.
7. Мы внушаем пациенту, что подобные проблемы есть у всех людей и что их можно победить.
8. Если пациент выражает сильные эмоции (страх, гнев, плач), мы должны выразить интерес, теплоту и терпение, потом можно продолжать задавать вопросы. Мы пытаемся выяснить, откуда возникают эти эмоции и какое они имеют значение.

При когнитивно-бихевиоральном разговоре необходимо обсудить следующие области:

а) текущее состояние проблемы;

б) возникновение и развитие текущей проблемы;

в) анамнез и нынешняя ситуация.

А. Текущее состояние проблемы. После общего вывода, какие основные проблемы беспокоят пациента необходимо, подробно обсудить каждую из этих проблем последовательно.

Здесь уместно попросить пациента описать последний случай, когда возникла проблема. Мы получим более подробную информацию, чем просто описание.

Если пациент затрудняется вспомнить детали, мы можем попросить его закрыть глаза и представить, что он находится в ситуации, когда возникла проблема.

При описании проблемы мы спрашиваем о конкретных симптомах — физических («Какие физические ощущения в это время появляются? Что вы чувствуете в вашем теле?»), эмоциональных («Как вы себя чувствовали в это время? Что вы при этом испытывали?»), когнитивных («О чем вы думали в тот момент? Что у вас в тот момент промелькнуло в голове?») и бихевиоральных («Что вы сделали в той ситуации? вы делаете что-нибудь, чтобы это не произошло?»).

Мы узнаем частоту симптомов («Как часто? Сколько раз?»), длительность («Как долго?») и интенсивность («Насколько много? Как сильно?»).

Мы спрашиваем, при каких обстоятельствах возникает проблема. Мы пытаемся узнать, где возникают проблемы, в каких ситуациях, в чьем присутствии проблемы могут (не могут) возникнуть. Далее вместе с пациентом составляем список ситуаций, в которых данная проблема возникает чаще всего, и факторы, которые проблему усугубляют или, наоборот, смягчают (так называемые модуляторы). Описание вызывающих и модулированных факторов может быть подробным. Например, не достаточно установить, что пациент боится собак; необходимо конкретно определить, зависит этот страх от размера собаки, от того, идет ли собака на поводке; на каком расстоянии находится собака от пациента; от поведения собаки и т.д. Подобно и при агорафобии: не достаточно определить, что пациентка боится ходить одна по улице; необходимо определить, зависят ли ее трудности от количества пешеходов, от возможности встретить кого-то знакомого; находится ли она на улице одна или с кем-то.

Следующие вопросы касаются последствий этой проблемы. Мы спрашиваем пациента как о немедленных последствиях (Что пациент сделал, чтобы справиться с проблемой? Что сделали окружающие? Как менялись его эмоции? О чем он думал? Как менялись его физические симптомы?), так и о долгосрочных последствиях (Как проблема возникает в повседневной жизни пациента? В чем она ему мешает? Как она влияет на работу, брак или интимные отношения, социальные отношения и деятельность, его индивидуальные интересы и увлечения? Чего именно пациент из-за своей проблемы избегает? Чем он раньше занимался, но перестал из-за своей проблемы? Что он действительно способен сделать, но с трудом?).

Подвергается ли пациент в настоящее время внешнему стрессу? Если да, то какова его причина; если нет, то по какой причине проблема сохраняется?

Каково отношение пациента к самому к себе? Может ли он самостоятельно и активно повлиять на свою проблему? Контролирует ли он свою проблему?

Как реагируют другие люди на его проблемы? Что они думают о них? Они пытаются ему помочь, защитить, критиковать или игнорируют его?

Если проблема вдруг полностью исчезнет, как изменится жизнь пациента? Что позитивного ему это принесет? Имело бы это обстоятельство негативные последствия — увеличение обязательств, меньше интереса со стороны других, необходимость решения других проблем?

Б. Возникновение и развитие текущей проблемы. Что предшествовало появлению проблемы? Когда проблема появилась впервые?

Произошло ли тогда какое-либо серьезное событие? Подвергался ли пациент длительному стрессу? Как на возникновение проблемы отреагировали другие люди? Как далее развивалась проблема? Симптомы были те же или как-то менялись? Их интенсивность была одинаковой, изменчивой или постоянно нарастающей? при каких условиях интенсивность или качество признаков менялось? Был период, когда проблема полностью исчезла? При каких обстоятельствах?

Как пациент пробовал справляться с проблемами? Что он уже попробовал, с каким результатом? Что ему хоть немного помогает? Что ему советуют другие люди?

Он уже в прошлом проходил лечение от этой проблемы? Если да, то как и с какими результатами?

Для ясности очень полезно изобразить развитие проблемы и возможные влияющие факторына временной шкале, пример которой указан на рис. 4.3.

В. Анамнез и нынешняя ситуация. Эта часть лечения наиболее похожа на общее психиатрическое обследование. Мы сосредоточены на факторах, которые предшествовали текущей проблеме и на понимании пациентом его текущей ситуации. Базовая информация может быть получена с помощью вопросника, например, анкеты жизненной истории (см. Приложение), которую, в случае необходимости дополним при прямом разговоре.

Семейный анамнез

Имел ли кто-нибудь из членов семьи проблемы с психикой? проблемы с алкоголем? Кончал ли кто-нибудь жизнь самоубийством? Проходил ли кто-то лечение в психиатрической больнице? Если да, то кто, сколько раз, когда и с каким диагнозом? Каков был характер его отца и матери? Какое влияние они на него оказывали в детстве? Какая взаимная атмосфера была в семье? Как он мог бы описать своих братьев и сестер? Каковы его детские воспоминания?

Личный анамнез

Какими заболеваниями он страдал? операции? несчастные случаи? когда, с какими последствиями? Каков был его характер в детстве и юности? Как он на данный момент оценивает свой характер? Как он в детстве общался со сверстниками? Были ли у него друзья? Имеет ли он сейчас друзей? Что он любил делать в подростковом возрасте? Какие у него были представления о своем будущем — карьере, отношениях, хобби? Насколько эти представления реализовались? Был ли у него в жизни период, когда он чувствовал себя удовлетворенным? Что ему доставляло чувство удовлетворенности? Какие важные жизненные события повлияли на его жизнь или его отношения?

Школьная история, образование и занятость

Как шли дела в школе? Как он себя чувствовал перед группой и перед учителями? Были ли у него друзья? Какую роль он занимал в классе? Была ли в этом существенная разница? когда? Как он это объясняет? Как он воспринял перевод в другую школу и изменение группы? Кем он работал? Ему нравилась эта работа? Как он ладил с авторитетными людьми? Как он себя чувствовал в коллективе? Каковы причины смены работы? Какова в настоящее время его рабочая ситуация? Сколько часов в день (в неделю) он работает? Каковы его отношения с коллегами, начальством или подчиненными? Имеет ли он какие-либо проблемы, связанные с работой? Ему в тягость эта работа? Какова тяжесть симптомов на работе по

сравнению с другими ситуациями? Какие аспекты рабочей ситуации влияют на тяжесть симптомов? Как сотрудники реагируют на признаки?

Семейная история и история социальных отношений

Имел ли кто-либо из его семьи проблемы с психикой? проблемы с алкоголем? Кончал ли кто-нибудь жизнь самоубийством? Был ли кто-нибудь из его семьи со странностями? Как он описал бы свою мать, своего отца? Как он мог бы их охарактеризовать как людей? Был ли он в детстве под их влиянием? Как он описал бы своих братьев и сестер? Каковы его детские воспоминания? Что именно критиковала его семья? Чем восхищалась? Как он описал бы девиз своей семьи? Какие у него сегодня отношения в семье? Как к нему относятся другие люди? Как это конкретно проявляется? Чем он любил заниматься, когда учился в школе, находился в подростковом возрасте, прежде чем вступил в отношения? Были ли у него друзья? Есть ли у него друзья? Как он с ними общается?

Рис. 4.3. Временная ось, описывающая историю болезни пациентки с признаками тревоги

Какой был характер в детстве? в подростковом возрасте? Как сегодня оценивает свой характер? Чем он раньше занимался в свободное время? по выходным?

Каковы были представления в подростковом возрасте (яркая мечта) о своей карьере, отношениях, увлечениях? Насколько эти представления оправдались?

Был ли в жизни спокойный период? Что его тогда успокаивало?

Пережил ли он какие-либо серьезные жизненные события, которые существенно изменили жизнь или отношение?

Увлечения и хобби

Чем он раньше занимался в свободное время? Чем занимается сейчас? Как часто он этим занимается? Что он делает в выходные? Что делает по вечерам?

Какие интересы и хобби у него были, пока не появились проблемы. Как это сейчас изменилось? Имел или имеет ли какие-либо общие увлечения партнером?

Общественная деятельность:

Кого он считает важным в своей жизни — партнера, родителей, родственников, друзей, коллег? Какова их взаимная связь? Что его в этом устраивает, а что нет? Как он себе это в идеале мог бы представить? Как часто он встречается с этими людьми? Как часто он их посещает (они посещают его)? Как они проводят время вместе? Куда ходят? Как часто он выходит с партнером в общество? В настоящее время как-нибудь изменилась его общественная жизнь? каким образом?

Независимость

Что пациент делает сам, независимо от близких людей? (Пусть перечислит различные мероприятия и их частоту.) Чем занимается партнер пациента? Как себя пациент чувствует, когда он отдален от близких людей?

Партнерские отношения

Как он в настоящее время воспринимает партнерские отношения? Есть ли что-нибудь, что он хотел бы изменить? Как должен измениться партнер, а как он сам? (Попросите его быть более конкретным.) Есть ли что-нибудь, что партнер делает слишком часто (слишком мало, совсем не делает, делает плохо)? Знает ли он, что его партнер хотел бы изменить в нем? Знает ли он, что он должен сделать, чтобы брак был лучше? О чем он не может договориться с партнером? Из-за чего он с ним спорит? Что именно ему не нравится? Что делает партнер, когда видит, что он себя не очень хорошо чувствует? Как он на это реагирует?

Сексуальные отношения

Он доволен сексуальными отношениями? Если нет, то почему? Как часто происходит половой акт? При каких обстоятельствах? Как долго длится прелюдия? Как она выглядит? Это подходит ему / партнеру? Что бы он предпочел? Через какое время после прелюдии происходит половой акт? Как долго он длится? Партнер достигает оргазма? Имеет ли он сексуальные фантазия? Если да, то какие именно? Мастурбирует ли он сейчас или занимался ли этим раньше? Что он думает о мастурбации? В чем именно сексуальная жизнь могла бы улучшиться?

Планы на будущее

Что он хочет в будущем? Что произошло бы, если бы у него не было проблем? Что бы он делал? Как изменилась бы жизнь дома, на работе, в свободное время? В чем он мог бы самореализоваться? Привел бы такой образ жизни к удовлетво-

рению его потребностей? Боролся бы он с недостатками, которые он в настоящее время осознает? Что он хотел бы делать, а нынешние проблемы ему это делать не позволяют? Что он будет делать в ближайшем будущем?

Терапевтические преимущества

Что можно ожидать от лечения? (Спросите конкретно, что значит для него быть здоровым, что касается поведения, деятельности, свободного времяпровождения, на работе, дома?)

Что он ожидает от лечения? Чего он при лечении опасается?

Разговор с партнером или родственником может происходить по следующей схеме.

Как он видит проблемы пациента? В чем он видит их причину и то, что их удерживает? Что могло бы помочь пациенту преодолеть проблемы?

Получите информацию о социальной деятельности и интересах, о супружеских отношениях. Этот разговор может прояснить личные проблемы партнера или родственника, которые влияют на пациента, а также воздействовать на терапевтическую программу.

4.4. Измерение

Измерение играет в когнитивно-бихевиоральном обследовании и лечении существенную роль и может быть использовано в различных видах терапии. Главной особенностью КБТ является экспериментальный подход к решению проблем отдельных пациентов; это значит, что на основе концептуализации проблемы мы создаём гипотезу, что определенная терапевтическая интервенция будет эффективной. Далее, это предположение эмпирически проверяем. Эффективность терапии мы оцениваем на основе измерения и оценки симптомов и тяжести проблем с помощью анкеты или рейтинговых шкал, которые, следовательно, являются неотъемлемой частью КБТ. Для большей части клинических проблем у нас есть стандартные измерительные инструменты, но иногда для обнаружения индивидуальных параметров, отображающих проблему пациента надлежащим образом, необходима определенная изобретательность и опыт.

Проведение измерений имеет следующие преимущества:

- Ретроспективная оценка частоты или интенсивности определенного симптома и поведения пациента является заведомо ненадежной (Barlow, Hayes, Nelson, 1984). Прямые записи позволяют точнее описать проблему с точки зрения ее частоты, продолжительности, интенсивности и т.д.
- Регулярные измерения также позволяют терапевту и пациенту сосредоточиться на согласованных целях лечения (Kirk, 1989).
- Периодическое измерение, дает возможность терапевту и пациенту придерживаться договоренных целей лечения.
- Измерение во время сеанса, как и вне сеансов, дает возможность пациенту и терапевту модифицировать лечение в случае необходимости.
- Само измерение может иметь терапевтический эффект, так как пациенты часто не осознают достигнутые цели и имеют тенденцию к «черно-белому» мышлению: если они что-то не смогут сделать на отлично, у них складывает-

ся впечатление, что они с этим заданием совсем не справились. Оценивая интенсивность, частоту и продолжительность симптомов в согласованных шкалах, пациенты учатся более адекватно различать свои действия и могут лучше оценить достигнутый прогресс (например, когда пациент с обсессивно-компульсивным расстройством сможет ограничить мытье рук с 4 до 2 ч в день) (Možný, Praško, 1999).

- Измерение поможет терапевту определить, работают ли стратегии так, как они были запланированы. Поэтому важно, основательно сосредоточиться на разборе домашнего задания.
- Измерение может иметь терапевтический эффект, потому что с его помощью пациент имеет регулярную и точную информацию о достигнутом успехе.
- Измерение может привести к самоутверждению, которое особенно необходимо для пациентам с низкой самооценкой, неуверенностью в себе и чувстве собственного достоинства, которые не могут оценить свой прогресс.

4.4.1. Самонаблюдение

Самонаблюдение с самого начала терапии подчеркивает важность самостоятельности и сотрудничества. Почти без исключения оно применяется на этапе первоначального обследования, и для контроля происходящих изменений. Самонаблюдение может быть применено к явным и скрытым проблемам. Барлоу и его коллеги (1984) обратили внимание на то, что при самонаблюдении можно выделить два этапа: в первом человек должен *заметить* определенные действия, мысли или эмоции; во втором он должен *записать* эти действия. Эти этапы важно знать, когда мы начинаем заниматься самонаблюдением и заинтересованы в получении результатов.

Точность самонаблюдения. Если мы хотим, чтобы оно было как можно более точным, необходимо следовать следующим правилам:

- требовать только необходимые и значимые факты;
- не перегружать пациента;
- подчеркнуть важность самонаблюдения, так как на следующем сеансе будем разбирать эти данные;
- получить от пациента согласие на активное самонаблюдение, а не только на молчаливое размышление.

Точность измерения увеличивается, когда пациент знает, что эта точность будет проверена. Это затруднительно в клинических условиях, но иногда возможно, чтобы за наблюдаемыми явлениями следил кто-то другой. Например, время, затраченное на ритуальное мытье рук, кроме пациента может измерять его родственник.

Как проводить самонаблюдение. Способ должен соответствовать тому, что мы хотим узнать (релевантность), он должен фактически измерять то, что мы хотим измерить (валидность) и давать соответствующую картину (реализм). Существуют различные способы повысить релевантность, валидность и реализм измерений.

Конкретные, четко определенные цели измерения

То, что мы измеряем, должно быть определено так, чтобы разные наблюдатели смогли договориться о том, как они это видят. В инструкции, где указывается, **что**

именно необходимо записывать, мы должны требовать информацию о **частоте, интенсивности** и **продолжительности** наблюдаемой проблемы.

Приспособления для проведения записей

Терапевт может дать пациенту форму или записывающее устройство, которое ему облегчит запись. Пациенты, как правило, должны сначала научиться вести запись. Им должно быть ясно, что и как записывать. Этого можно достичь, если привести пример и потренироваться на сеансе.

Измерение должно быть осмысленным и чувствительным

Нет смысла измерять вещи, которые четко не связаны с проблемами и результатами, о которых мы договорились с пациентом. Ему должно быть ясно, что он наблюдает за тем, что имеет значение. Он может наблюдать за тем, как это меняется. Кроме того, наблюдение должно быть чувствительным, чтобы фиксировать какое-либо изменение.

Простота измерения

Для решения большинства задач мы, как правило, выполняем повторные измерения и не имеем права бомбардировать пациента вопросами для предоставления большого количества информации. Прежде чем человек научится вести записи, должно пройти время. Будет лучше, если они будут просты, особенно в начале лечения.

Регулировка времени измерения

Запись должна быть сделана сразу после появления определенного события (поведение, мысль или чувство). Если пациент запоминает примеры и записывает их в конце дня, то некоторые сведения он может забыть, а другие будут искажены. Это особенно касается с пациентов, страдающих депрессией, с низкой самооценкой и с чувством тревожности, которые должны записывать примеры своих успехов или освоение трудностей. Поэтому, очень важно иметь при себе приспособление для записи, например, блокнот и использовать его сразу.

Виды информаций, записанных при самонаблюдении. Можно контролировать разные данные. Примеры при индивидуальных психических расстройствах будут указаны в следующих главах. Здесь мы дадим общее описание.

Наблюдение за частотой

Если мы найдем подходящий и содержательный аспект проблемы, который может быть рассчитан, то измерения дают наиболее точную информацию. Они могут широко применяться, если найти определенные аспекты проблемы, которые могут быть вычислены, — число панических атак, ссор с партнером, вспышек гнева на дочь, возвратов домой для проверки дверей и т.д. Эти данные могут быть записаны в дневник или в виде полосок на карточке.

Продолжительность проблемы

Иногда целесообразно измерять продолжительность определенного события или поведения: время, проведенное женщиной, страдающей агорафобией, вне дома; время, потраченное на мытье рук; время, проведенное обучением чему-либо; сколько времени понадобилось пациенту, чтобы он успокоился после эпизода глубокого дыхания.

Самооценивание

Измерение используется, когда нужна информация о субъективном или эмоциональном состоянии пациента. Нередко с его помощью мы получаем данные о частоте и продолжительности симптомов. Измерение менее надежно, а ориентиры могут меняться по мере того, как состояние пациента улучшается, если мы не уделяем внимания определенному значению на шкале. Например, смысл значения «немного неприятный» по пятибалльной шкале (от «совсем нет» до «максимально неприятный») может меняться, когда с пациентом меньше и реже происходят неприятные события.

Дневники

Содержат в основном записи частоты, продолжительности и самооценки симптомов. Кроме того, они имеют информацию об обстоятельствах, при которых произошло контролируемое событие. Необходимо точно специфицировать, какой материал требуется; в противном случае может быть записано количество данных, в котором невозможно разобраться.

Влияние самонаблюдения. Часто случается, что когда пациент начинает записывать определенные события, их частота изменяется (Barlow и соавт. 1984). Это явление называется *воздействием самонаблюдения* и появляется независимо от того, точное наблюдение или нет. Это воздействие возникает из-за того, что наблюдением мы прерываем автоматическую цепь. Человек сможет решить, стоит ли продолжать. Клинически это удобно, потому что изменения почти всегда являются терапевтическими. Более проблематичной является ситуация, когда мы хотим получить данные, чтобы определить, например, состояние до начала терапии.

Таким образом, самонаблюдение играет в когнитивно-бихевиоральном обследовании и лечении центральную роль. В случае если пациент, несмотря на достаточную подготовку, не проводит самонаблюдение, данный факт необходимо расценивать как отказ от взаимного сотрудничества.

4.4.2. Анкеты по самооцениванию

Самооценивание мы рассматриваем как ретроспективные и более общие данные, чем самонаблюдение. Наиболее распространенным источником самооценивания являются анкеты. Их преимущество в том, что результаты пациента можно сравнить с нормой. Анкеты, как и оценочные шкалы, помогают сделать более качественной оценку состояния и его изменения во время терапии. С другой стороны, всегда нужно учитывать нагрузку на пациента. С некоторой точки зрения неэтично узнавать у пациента факты, которые не нужны для терапии и не могут быть непосредственно использованы. Например, частое использование тестов для определения интеллекта или проективных методов скорее удовлетворяют потребность терапевта, чем помогают привнести в лечение новые приемы и возможности лучше разобраться в проблеме.

Основным преимуществом метода анкетирования является возможность стандартным измерительным способом количественно выразить начальное состояние пациента и изменения в терапии. Измерение показывает пациенту, терапевту и супервизору качественную обратную связь успешности или неуспешности отдельных интервенций и лечения в целом.

Однако имеет смысл использовать только анкеты, которые имеют доказанное психометрическое качество.

Предварительные измерения позволяют пациенту создать представление, как будет выглядеть терапия, формируют звено между обследованием и самостоятельным лечением. Когда пациент понимает смысл измерения, он может объективно оценивать собственное поведение.

Анкету по самооцениванию пациент заполняет самостоятельно, после того как мы ему сообщим о причинах, почему это надо сделать, и объясним способ заполнения. Анкета — важное дополнение к информации о пациенте. Однако мы не можем на нее полностью полагаться, потому что пациент может по разным причинам подгонять ответы, стилизовать себя.

Анкетирование использует разные методы скоринга. Это важно для пациента при повторном сравнении; можно определить, происходят ли изменения в отдельных (конкретных) областях по его субъективному восприятию.

Использовать выбранную анкету можно по одному разу перед лечением, в ходе лечения и после окончания лечения. В качестве стандарта катамнестическое обследование приводится после одного, 3, 6 и 12 мес. лечения.

Некоторые принципы постановки вопросов из анкеты

1. Прочитайте вместе с пациентом основные указания и убедитесь, что пациент все понимает. Если нет, приведите примеры и попытайтесь объяснить задачу снова.
2. Было бы хорошо заполнить анкеты самооценки совместно с пациентом. Вы получите более объемную информации и точную оценку, однако потратите больше времени.
3. Вопросы из анкеты всегда задавайте таким же образом, с одинаковым объяснением для каждого пациента в каждом сеансе. Оценку всегда давайте в одно и то же время (предпочтительно в начале) сеанса, чтобы избежать тенденции низкого скоринга в конце успешного сеанса.

Далее мы приводим некоторые важные факты о вопросах из анкеты. Примеры нескольких анкет приводятся в Приложении.

Анкета жизненной истории

Речь идет об анамнестической анкете, которая используется в начале обследования. Попросите пациента, чтобы он заполнил анкету для получения полной картины о его проблемах и жизненной ситуации. С ее заполнением у больных, как правило, не возникает трудностей. Анкета имеет такую же структуру, как и фактическое обследование в начале лечения.

Приспособленность к жизни

Заполняют пациент и терапевт самостоятельно. Пациент по шкале 0—8 указывает, в какой степени сопутствующие проблемы его жизни мешают ему в различных областях. Анкета состоит из 4 отдельных направлений приспособленности к жизни:

1. Работа: «Мои проблемы мешают мне работать».
2. Домашняя работа: уборка, стирка, покупка продуктов, приготовление еды, уход за ребенком, оплата счетов.

3. Социальные отношения с другими людьми: гости, вечеринки, развлекательные мероприятия, встречи, переговоры.
4. Личные интересы и увлечения, осуществляемые в одиночку: чтение, садоводство, коллекционирование марок, прогулки, шитье, вязание.

Таблица 4.1. Основные анкеты для самооценки

ОЦЕНИВАЕМАЯ ЧАСТЬ	НАЗВАНИЕ
Анамнез	Анкета жизненной истории
Приспособленность	Шкала дезадаптации Шихана / Шкала нетрудоспособности Шихана
Признаки расстройств	
общий	SCL-90/Профиль проблемы / Симптоматический опросник
	Анкета социального поведения
депрессия	Шкала депрессии Бека (ШДБ)
тревожные расстройства	Шкала тревоги Бека (ШТБ)
	Шкала тревоги Шихана
социальные фобии	Анкета социальных ситуаций
	Шкала социальной тревоги Лейбовица
	Шкала социальной тревоги
фобии	Анкета страхов
	Анкета избегающего поведения
агорафобия	Анкета мобильности при агорафобии
сексуальность	Обычная сексуальная активность
партнерство	Шкала семейной удовлетворенности
Коммуникация	Анкета ассертивности
Приятные мероприятия	Перечень приятных событий Лэвинсона

SCL-90 / Профиль проблемы

Профиль проблем состоит из 105 пунктов анкеты, в которой максимально можно набрать 402 балла. Эти вопросы охватывают следующие проблемные области (Nath, 1993):

1. Соматизация максимальное количество баллов 48
2. Обсессивно-компульсивное расстройство (навязчивости) 40
3. Интерперсональная чувствительностьмаксимальное количество баллов 36
4. Депрессия 52
5. Тревожность 40
6. Гнев / Враждебность 24
7. Навязчивые страхи (фобии) 28
8. Параноидальность (паранояльность) 24
9. Психотицизм 40
10. Сексуальные проблемы 36
11. Семейные проблемы 36
12. Дополнительный диапазон 28

Шкала депрессии Бека (ШДБ)

Это анкета самооценки, состоящая из 21 пункта, которая определяет уровень депрессии, обеспечивает быструю оценку общей симптоматики. Целесообразно оставить анкету пациенту для ее регулярного заполнения перед каждым сеансом. Пациенту в каждом пункте необходимо обвести кружком число, которое наилучшим образом отвечает его чувствам и мыслям в настоящее время. Анкету можно заполнять даже 2 раза в день, для того чтобы была возможность следить за суточными колебаниями. В общем случае она используется раз в неделю для оценки изменения во времени общего балла депрессии.

Оценка:

0—10 — нормальное настроение

10—20 — легкая депрессия

20—40 — средняя депрессия

40—60 — тяжелая депрессия

Маловероятно, что для пациентов, которые имеют количество баллов выше, чем 40, будет эффективна только психотерапия, здесь назначаются антидепрессанты.

Анкета страхов

Это короткая анкета содержит 23 пункта. Она разделена на три области:

1. Анкета страхов:	
а) Аг — шкала агорафобиимаксимальное количество баллов	40
б) К.Р. — шкала крови и травмы	40
в) Соц. — социальная шкала	40
2. Общее беспокойство и депрессия	
Выясняет, насколько сильно эти симптомы беспокоят пациента	40
3. Глобальная фобия	
Всеобщая оценивающая шкала	8

Анкета избегающего поведения

Анкета включает список из 26 общих мест и ситуаций, которых избегают пациенты с фобиями. Пациент на простой шкале 1—5 оценивает частоту избегающего поведения при нахождении в такой ситуации.

Анкета ассертивности

Речь идет об анкете, содержащей 20 высказываний, которые описывают реакции в различных ситуациях. Эта анкета является производной от Шкалы ассертивности Ратуса. Пациенты по шкале от —3 до +3 отмечают свое согласие или несогласие с высказыванием. Общий балл получаем суммированием всех плюсовых и минусовых баллов, причем минусовые необходимо вычесть из плюсовых (+60 является максимальным, минимальное —60).

Анкета мобильности при агорафобии

Анкета представляет список из 26 наиболее распространенных ситуаций и мест, а пациент обозначает, какие из них он избегает и в какой мере (по шкале от 1 — «Никогда не избегаю», до 5 — «Всегда избегаю»). Анкета помогает при определении агорафобических ситуаций, ее общий балл не влияет на измерение.

Шкала социальной тревожности

Больной по шкале 0—8 оценивает уровень страха и поведение избегания в 53 социальных ситуациях или видах деятельности. Эта шкала может оказать помощь при постановке целей по развитию социальных навыков и ассертивности.

Анкета социальных ситуаций

Анкета фокусируется на социальных ситуациях. Она включает 30 пунктов: речь идет о простых социальных ситуациях. На двух шкалах 0—4 пациент оценивает, насколько неудобно он себя чувствует в определенной ситуации, а во втором столбце — сколько раз он в этой ситуации оказался на прошлой неделе.

Анкета социального поведения

Предоставляет информацию о том, как пациент обычно ведет себя в общественных ситуациях. Анкета предоставляет пациенту в общей сложности 32 ситуации и фиксирует частоту, или интенсивность, испытываемого поведения в этих ситуациях. Она состоит из четырех частей: частота общественной деятельности, проблемы в общении, социальная тревожность, самоуверенность.

Шкала семейной удовлетворенности

Шкала отмечает чувство удовлетворенности в 10 областях семейной или партнерской жизни. Пациент при ее заполнении должен задать себе вопрос: «Если мой партнер (моя партнерша) будет по-прежнему продолжать вести себя также, когда речь идет об этой области нашего брака, буду ли я этим доволен (а)?

Обычная сексуальная активность

Очень краткая анкета, оценивающая по шкале 0—8 три области сексуальной жизни: частота полового акта, частота сексуальных ласк, степень удовольствия во время сексуальной активности.

Перечень приятных событий Лэвинсона

Это список из 325 пунктов потенциально приятных событий (Lewinhson, 1976). Пациент в первом круге записывает, какие из приятных событий произошли в течение последних 30 дней. После расчета общего балла частоты приятных событий он рассматривает перечень заново и записывает, насколько приятным было каждое из этих событий, которое он испытал, или будет приятным событие, которое он потенциально мог бы испытать. Далее он рассчитывает свой средний балл приятных событий, затем умножает баллы. Список может также играть важную терапевтическую роль. Пациенты осознают возможность приятных мероприятий, выбирают такие, которые они могут запланировать, и оценивают, в какой степени в указанный срок они их выполнили. Анкета см.: *Прашко* и *Прашкова*. Что делать с большим внутренним критиком (1995).

4.4.3. Информация от других людей

Люди, которые хорошо знают пациента, могут в разговоре предоставить терапевту информацию, контролировать возникновение проблем в реальных ситуациях или предоставить конкретную информацию о прошлом пациента. Чаще всего речь идет о родственниках, партнерах, другом терапевте, других близких людях, а также медицинском персонале, который заботится о пациенте.

Разговор с близкими людьми. Целью разговора являются те же, цели, которые мы преследуем в разговоре с пациентом. Необходимо создать и представить концептуализацию проблемы; рассказать близким людям о природе проблемы и о психологических методах лечения, при необходимости привлечь их к участию в лечении. В частности, необходимо во время разговора узнать, какие последствия имеет проблема для этого человека; какое у него мнение касаемо этой проблемы; как он реагирует на нее или как с ней борется. Мы также можем получить ценную информацию об избегающем поведении, о котором пациент не упомянул. Эта часть обследования может длиться дольше, чем разговор с самим пациентом, особенно если проблемное поведение более неприятно другим людям, чем самому пациенту. Например, муж женщины с паническими атаками был убежден, что его жена сумасшедшая, что основной целью лечения является сокрытие от нее этого неприятного факта как можно дольше. Это убеждение мужа стало явным только после долгого разговора, в котором терапевт развеял его пессимизм относительно успешного лечения.

Важно спросить, желает ли родственник, чтобы терапевт оставил конфиденциальной некоторую информацию (и то же самое спросить у пациента, прежде чем говорить с родственником). Если да, то целесообразно обсудить, основано ли это требование на правильных представлениях и убеждениях.

Наблюдение со стороны других лиц. Результаты наблюдения можно использовать для повышения точности самонаблюдения. Также оно поможет получить специфическую информацию о последствиях влияния проблем пациента на других людей. Это особенно относится к ситуациям, где другие люди принимают значительное участие в решении определенных трудностей. Например, мать, которая успокаивает ипохондрического сына, или сложности в отношениях (в том числе отношений с детьми). Общие правила, как получить точные данные, такие же, как для данных, полученных в результате самонаблюдения. Их необходимо подробно и тщательно обсудить.

4.4.4. Прямое наблюдение за поведением

Прямое наблюдение может предоставить нам очень ценную информацию. Например, во время разговора пациент в общем плане изложит свои ритуалы при закрывании двери, но он не в состоянии подробно их описать.

Наблюдение за естественным поведением. Если присутствует терапевт, то поведение можно будет измерить при том условии, что ситуация будет стандартизирована. Измерение может касаться частоты, продолжительности и оценки тяжести. Например, у пациента, который жаловался на навязчивые мысли, терапевт может подсчитать их количество во время сеанса. В этих случаях необходимо, чтобы сеанс всегда был одной продолжительности или перевести его на определенное постоянное время. У пациента, страдающего депрессией, по шкалам самокритики и грустного настроения оценивался его ответ на вопрос «Какие были ваши дела на этой неделе?». Другой пример подходящей оценки: как долго будет пациент, страдающий социальной замкнутостью, в состоянии смотреть терапевту глаза в глаза во время каждого сеанса; при этом терапевт будет использовать визуальную аналоговую шкалу. Если наблюдаемое поведение во время сеанса спонтанно не происходит, то ситуацию возможно адаптировать так, чтобы тера-

певт мог непосредственно наблюдать за ситуацией. Для этого существуют ролевые игры и бихевиоральные тесты.

Ролевые игры. Если проблема касается контакта с другими людьми, то за ней можно напрямую наблюдать во время сцены со вспомогательным актером. Эти сцены могут быть разыграны как до, так и после лечения; потом можно оценить изменения. Если это возможно, то сцену записывают на видео, а затем оценивают с помощью независимого наблюдателя с использованием соответствующих шкал. Этот метод был использован для оценки эффективности обучения социальным навыкам (Trowe и соавт. 1978). В другом исследовании парам с семейными проблемами было предложено обсудить определенную проблематичную тему. Их взаимодействие было записано на видео, а затем оценено по шкале.

Однако нельзя предполагать высокую корреляцию между выступлением во время ролевой игры и поведением в нормальных ситуациях. Выступление в сценах находится под влиянием ситуационных переменных. Например, ассертивность может сильно колебаться в зависимости от того, о чем попросит вас хороший друг или случайный знакомый, обоснует он свою просьбу или нет. Хотя мы делаем свои выводы об изменениях в процессе лечения на основе оценки сцен, мы не должны направлять процесс терапии на практикование этих сцен. В этом случае мы не смогли бы определить, отразится ли положительно на других областях выполнение этих ограниченных задач.

Бихевиоральные тесты делают возможным прямое наблюдение различных видов проблемного поведения. В следующих главах представлен ряд примеров. Например, тестирование избегающего поведения при фобиях или бихевиоральный тест для пациентов с обсессивным синдромом. Значения, полученные с помощью этих тестов, могут включать как специфичные объективные измерения (например, время, проведенное рядом с фобическим объектом), так и оценку измерений пациента и терапевта. Например, бихевиоральное тестирование пациента с писчей судорогой, который получил задание написать стандартный текст. Оценивалось время, которое понадобилось ему для этого, и количество завершенных слов. Пациент также отмечал интенсивность неприятных ощущений, а терапевт — расслабленность при держании ручки.

Побочные продукты поведения

При измерении побочных продуктов поведения речь идет о косвенном измерении, которое не фокусируется при самом проблемном поведении. Его преимуществом является то, что оно является объективным и относительно не искаженным позицией наблюдателя. Типичным примером является масса тела как следствие употребления пищи, наблюдение которого используется у пациентов с расстройствами пищевого поведения. Другим примером может быть определенная сумма денег, которую потратит пациентка, страдающая приступами обжорства; количество мыла, которое пациент с обсессивным мытьем использует за неделю; количество вырванных волос у пациента, страдающего трихотилломанией.

Физиологические измерения

Физиологические процессы можно контролировать косвенно. Например, пациент может наблюдать за тем, как часто у него болит голова. Пациент, стра-

дающий социальной фобией, может наблюдать за скоростью своего дыхания в компании других людей. Хотя существует большое количество литературы по измерению физиологических функций, их использование в клинической практике ограничено стоимостью и наличием необходимого оборудования. Психофизиологические изменения, однако, могут предшествовать другим, таким как изменения субъективных чувств или поведения. Примеры их использования приведены в следующих разделах, особенно при соматических проблемах.

4.5. Бихевиоральный анализ

При проведении обследования у нас есть необходимое количество информации, которое мы пытаемся организовать и проанализировать проблему с помощью терминов А — В — С (в оригинале: A = Antecedents, B = Behavior и Beliefs, C = Consequences). Каждый фактор может привести к усугублению или к ослаблению проблемы. Важно определить, какие факторы оказывают модулирующее действие и какое избегающее поведение связано с ней. В бихевиоральном анализе мы рассматриваем последовательность А — В — С:

A — antecendents — что предшествует проблемному поведению, чем вызвано такое поведение.

B — проблемное поведение, которое имеет 4 компонента: физическую реакцию, мышление, эмоции, поведение.

C — последствия (то, что удерживает это поведение) краткосрочные и долгосрочные.

Бихевиоральный анализ, следовательно, имеет три основные функции:

1) четкое описание конкретного проблемного поведения (В);
2) определение, чем это проблемное поведение (мышление, эмоции и физические реакции) вызвано (А);
3) определение последствий, поддерживающих проблемное поведение (С).

4.5.1. Описание проблемного поведения пациента

Мы должны четко описать проблему в когнитивно-бихевиоральных терминах. Вместе с пациентом необходимо выяснить, что происходит в проблемной ситуации. Для начала мы должны сказать, **что это такое**? Как выглядит внешнее поведение (то, что можно видеть, слышать, чувствовать извне), какие мысли и представления появляются (в бихевиоральном подходе так называемое скрытое поведение: что пациент говорит, как он оценивает ситуацию, как он оценивает сам себя, мир; что он воображает, что происходит или что не произойдет), какие чувства и эмоции он при этом испытывает, какие физические реакции появляются в данной ситуации.

Как получить подробное описание текущего состояния (В)

Во-первых, мы можем попросить пациента описать последний случай, когда возникли трудности. Таким образом, мы узнаем больше, чем из общего описания. Если пациент не в состоянии описать последнее событие, мы можем попросить его закрыть глаза и представить себе ситуацию, как фильм. Описание проблемы должно включать внутренние процессы, такие как мысли, чувства и физические

симптомы, а также открытое поведение. Кирк (1989) описывает случай с пациентом, который обратился к нему из-за опасений, что у него неправильно функционирует пищеварительная система.

Терапевт: *Давайте разберемся в деталях. Вы говорите, что боитесь идти в туалет. Когда в последний раз вас мучили эти проблемы?*
Пациент: *Сегодня утром перед завтраком.*
Терапевт: *Можете ли вы описать, что произошло, чтобы я знал, что именно случилось, как вы себя чувствовали, о чем вы думали? Что произошло в первую очередь?*

Очень помогает, если позволить пациенту свободно говорить несколько минут, а затем задать ему конкретные вопросы. Это позволит создать более конкретную картину того, что именно и в каком порядке произошло. Пациент в приведенном примере сосредоточился на том, как он себя чувствовал, но он не описал тот факт, что он делал, поэтому терапевт его спросил именно об этом аспекте ситуации.

Пациент: *Я чувствовал себя ужасно. В этот момент я не могу думать ни о чем другом. Я очень взволнован. Я чувствую мышечное напряжение, потею, мне жарко, у меня присутствует внутренняя вибрация и сжимается желудок. Но я знаю, что если я пойду в туалет, я буду как парализованный, не в состоянии сделать что-либо.*
Терапевт: *Вы говорите, что чувствовали напряжение, потели, вам было жарко. У вас были какие-нибудь другие физические реакции сегодня утром?*
Пациент: *Иногда у меня есть ощущение легкости в голове, но я знаю, что сознание я не потеряю.*
Терапевт: *Что вы делали сегодня утром, когда почувствовали себя таким образом?*
Пациент: *Я ходил по своей комнате, но не отважился выйти на улицу, даже на кухню, чтобы я никого не встретил и у меня не спросили, что со мной происходит.*
Терапевт: *Для вас было бы неприятно, если бы кто-то спросил, что с Вами происходит?*
Пациент: *Да, это было бы ужасно неловко. Я же не могу им об этом рассказать, правда?*
Терапевт: *Я понимаю, что это трудно для Вас. Как долго вы находились в своей комнате, пока не почувствовали себя немного спокойнее и не наступило облегчение?*
Пациент: *Около 20 мин, потом я уже был в состоянии выйти из комнаты.*
Терапевт: *И что вы делали потом?*

Затем внимание переходит на более широкое описание проблемы, причем терапевт постоянно пытается узнать скорее конкретные детали, чем общую информацию. Для каждой проблемы необходимо, чтобы терапевт знал, что из себя представляет проблема (где, когда, как часто и в присутствии кого она появляется); насколько сильно пациента тревожит эта проблема; насколько она мешает его жизни.

Терапевт: *Что вас беспокоит? С какой проблемой вы пришли ко мне?*

Пациент: *Меня ни с того ни с сего охватывает ужасный страх, я чувствую себя странно, как будто это даже не я. Я боюсь, что сойду с ума. Я не знаю, может, у меня шизофрения.*

Терапевт: *Когда это с вами произошло в последний раз?*

Пациент: *Вчера около 2 ч ночи я вдруг проснулась, потому что было трудно дышать. Я должна была дышать очень часто, потому что боялась, что задохнусь. У меня также были судороги в пальцах и вокруг губ.*

Терапевт: *Как долго длился этот приступ страха?*

Пациент: *Примерно неполный час. Я бегала по квартире, открыла окно, а затем разбудила мужа. Когда он меня крепко обнял, приступ начал ослабевать.*

Терапевт: *Вы сказали, что боялись сойти с ума. Какие мысли вам приходят в голову, когда случается приступ страха?*

Пациент: *Да, сначала я боюсь, что умру от того, что задохнусь. Поэтому я стараюсь открыть окно и отдышаться. Это ужасно. Потом, когда приступ немного ослабевает, я говорю себе, что я, наверное, сошла с ума. В конце концов я обращалась в отделение неотложной помощи и к своему доктору, но у меня ничего не обнаружили. Врач сказал мне, что это было нервное расстройство.*

Терапевт: *Хм. Когда у вас случается такой приступ, вы начинаете часто дышать, открываете окна и будите своего мужа. И потом вы обратились в отделение неотложной помощи, не так ли? Можно ли так описать то, как вы себя ведете во время приступа? Или в вашем поведении появляется то, о чем вы мне не рассказали?*

Пациент: *Это так, как вы сказали. Кроме того, я иногда бегаю по комнате или крепко хватаюсь за стул, чтобы глубже дышать.*

Терапевт: *Вы также упомянули о физических ощущениях, которые испытываете во время приступа. Можете ли вы описать их более конкретно?*

Пациент: *Я задыхаюсь. Я не могу нормально дышать, как будто у меня что-то застряло в горле. Я пытаюсь отдышаться. Потом у меня ужасно бьется сердце. Сначала мне очень жарко, а потом холодно ..., а потом у меня начинаются судороги. Особенно часто судороги сводят пальцы рук. У меня немеют губы. Такое ощущение, что голова может лопнуть. Что вы думаете, доктор, это не шизофрения?*

Терапевт: *Я думаю, что нет. Но вы испытываете сильное беспокойство. И очень хорошо можете его описать.*

Установление когнитивных событий

Пациент может самостоятельно сообщить о когнитивных событиях в своих жалобах, также они могут появиться в описании событий, в которых он участвовал. Целенаправленно когнитивные события могут быть установлены с помощью *направляющих вопросов*, например, при разговоре с пациенткой, страдающей депрессией.

Терапевт: *Что вы чувствовали в этой ситуации?*

Пациент: *Я чувствовала себя несчастной и сломленной.*

Терапевт: *Когда вы себя чувствовали несчастной и сломленной, о чем вы думали?*

Пациент: *Я не знаю, наверно, ни о чем, я просто чувствовала себя ужасно.*

Терапевт: *Вы думали о том, что может произойти что-то неприятное или плохое?*

Пациент: *Да, то, что я больше не смогу притворяться в присутствии других, что я спокойна.*

Терапевт: *И что же в этом плохого, чтобы не притворяться, что спокойны?*

Пациент: *Все будут думать, что я ни на что неспособна, я развелась и теперь даже не могу справиться сама с собой и с работой. Никто меня не будет уважать. И они будут сплетничать про меня! Я не могу это больше выдержать!*

Другой пример терапевтической ситуации с пациенткой, страдающей чрезмерной тревожностью.

Терапевт: *Можете ли вы вспомнить последнюю ситуацию, когда чувствовали сильный стресс или сильное напряжение?*

Пациент: *Да, такое было в понедельник, когда я вышла на работу после отпуска.*

Терапевт: *Как вы себя чувствовали?*

Пациент: *Я себя чувствовала ужасно, потому что должна была снова идти на работу.*

Терапевт: *Причина ужасного самочувствия была в том, что вы снова должны пойти на работу? Что в этом плохого?*

Пациент: *Что эта работа будет ужасной и я не буду ничего успевать.*

Терапевт: *Что именно является таким неприятным в работе и в том, что вы не будете ничего успевать?*

Пациент: *Что у меня на самом деле совершенно ничего не получается.*

Терапевт: *А что значит, когда у вас на самом деле совершенно ничего не получается?*

Пациент: *Это значит, что я ни на что неспособна. Даже не могу справиться с работой и домашними обязанностями. Если меня уволят с работы, мой партнер расстанется со мной. И я буду одинокой.*

Терапевт: *Следовательно, это причина, из-за которой вы находитесь в стрессовом состоянии. А вас пугает остаться одной?*

Пациент: *Да, это полностью подтвердит тот факт, что я ни на что не способна.*

4.5.2. Триггеры, контекст и модифицирующие факторы (А)

Под термином «триггер» понимаем событие, которое ситуационно вызывает проблемное поведение. Под «контекстом» мы понимаем совокупность событий, при которых появляется проблема. Модулирующими факторами являются события, которые изменяют проблемное поведение — усиливают или ослабляют. Мы приводим эти факторы одновременно, потому что они значительно перекрывают друг друга. Подробное отображение этих факторов необходимо, потому что терапия часто включает манипуляции с триггерами, контекстом или модулирую-

щими факторами. Например, пациент, страдающий ипохондрией, измеряет температуру в 15=минутных интервалах, однако на работе он этого не делает. Пациентка, страдающая социальной фобией, не в состоянии покупать продукты у прилавка или разговаривать с незнакомым человеком в чужой стране, однако, она нормально и без проблем общается. Сам пациент часто в полной мере не осознает контекст, также он не осознает того, что именно вызывает или модифицирует его состояние. Таким образом, важно получить дополнительную информацию с помощью самонаблюдения либо бихевиоральных тестов. Например, указанный пациент в домашних условиях часто измерял температуру тела; количество измерений всегда росло, когда ему было скучно и он находился дома один. Когда приходила мать или гости, показывали интересную передачу по телевизору, он просто забывал о необходимости измерять температуру.

При обсуждении триггеров, контекста и модулирующих факторов, которые связаны с проблемой, необходимо упомянуть о следующих важных областях: ситуация, поведение, мысли, эмоции, интерперсональное влияние, физиологические переменные.

Ситуационный триггер Пациенты обычно чувствуют себя в одних ситуациях хуже, чем в других. Например, пациент с проблемами мочеиспускания.

Терапевт: *Да, вы мне хорошо описали, как себя чувствуете и что испытываете при тошноте. Теперь мы постараемся определить обстоятельства, при которых чаще всего возникает эта проблема.*

Пациент: *Но у меня эта проблема неизменная, в течение целого дня. Я об этом постоянно должен думать.*

Терапевт: *Да, я вас понимаю, это мучает вас. Но вы сказали мне, что иногда удается об этом не думать и заниматься чем-то еще. Давайте попробуем описать, как это было сегодня утром.*

Пациент: *Когда я утром иду прямо в туалет и не думаю об этом, то могу вполне нормально помочиться. Сегодня, однако, после того как моя дочь встала, я боялся, что если я буду в туалете в течение длительного времени, ей придется ждать. Мне стыдно перед ней, что у меня эта проблема. Я понимаю, что каждый раз, когда кто-то идет по коридору, где у нас туалет, а я там нахожусь. Ситуация ухудшается.*

Терапевт: *Кажется, что проблема с мочеиспусканием ухудшается, когда рядом находятся какие-нибудь люди?*

Пациент: *Да, мне гораздо хуже.*

Терапевт: *Это распространяется на всех людей, или при одних это легче, а при других тяжелее?*

Пациент: *Моя жена уже знает об этом. Перед дочерью, которая находится в подростковом возрасте, мне стыдно. Я не сказал ей об этом: это глупо, это очень интимная тема. Больше всего я боюсь людей на работе. По этой причине я хожу в туалет перед выходом из дома на работу, а утром и во второй половине дня вообще ничего не пью.*

Терапевт: *Кажется, что присутствие других людей существенно влияет на вашу проблему. На что еще она может повлиять? Вы упомянули, что иногда об этом меньше думаете. Вы осознаете, в каких ситуациях так происходит?*

Пациент: *Да, когда меня что-нибудь заинтересует, например, когда по телевизору идет интересный фильм. Я его смотрю. Когда мне необходимо помочиться, я быстро иду в туалет, и все получается само собой. Это происходит даже раньше, чем я успеваю это осознать. Хуже, когда я думаю об этом заранее и говорю себе, что опять ничего не получится. Когда я бываю дома один, я неоднократно хожу это пробовать. У меня постоянное ощущение, что мне давит на мочевой пузырь, мне нужно помочиться, я иду в туалет, а помочиться вообще не получается. После этого я испытываю сильное беспокойство. В течение длительного времени я не в состоянии ничего делать и иду в туалет снова, иногда в течение часа по 5 раз.*

Другой пример: пациент, страдающий паническим расстройством.

Пациент: *У меня часто бывает приступ, при котором я думаю, что сейчас умру. У меня бьется сердце, я задыхаюсь. Это длится около 20 мин, затем прекращается. Тем не менее, я об этом постоянно думаю, я целый день боюсь, когда он снова наступит. Я был неоднократно в пункте скорой помощи, там меня осмотрели и сказали, что все в порядке. Мне уже стыдно туда ходить, но когда у меня случается паника, я ужасно боюсь и вынужден идти туда снова.*

Терапевт: *Когда эта паническая атака чаще всего происходит?*

Пациент: *Это может произойти в любое время в течение дня, но чаще всего это случается во второй половине, когда я прихожу домой, а дома я один.*

Терапевт: *Бывают в течение дня такие промежутки, когда паническая атака практически никогда не происходит?*

Пациент: *Да, когда мы вечером с женой смотрим вместе телевизор, у меня еще не было панической атаки.*

Терапевт: *Где эта тревога происходит чаще всего?*

Пациент: *Она регулярно происходит, когда я дома. Но если бы мне пришлось поехать куда-нибудь, где нет медицинской помощи, я думаю, что мне было бы хуже. Поэтому я не выезжаю из города.*

Терапевт: *Где она происходит в меньшей степени?*

Пациент: *Как я уже говорил, там, где я чувствую себя безопасно, т. е. дома, когда рядом жена, или поблизости есть врач. Например, когда я здесь с вами, у меня нет беспокойства. У меня много друзей среди врачей, и когда я с ними, я чувствую себя хорошо.*

Терапевт: *Значит, есть люди, с которыми вы чувствуете себя лучше?*

Пациент: *Да, с близкими людьми, с некоторыми друзьями, с врачами, но среди чужих людей мне становится хуже, особенно не могу себя представить в толпе, где я не смог бы быстро получить помощь, если бы эта паническая атака случилась.*

Терапевт: *Есть ли другие люди, в чьем присутствии вам становится хуже?*

Пациент: *Я уже сказал вам: рядом с незнакомыми людьми.*

Терапевт: *Если я правильно понимаю, у вас есть узкий круг друзей, с которыми вы чувствуете себя лучше. Особенно когда между ними врачи?*

Пациент: *Да, я часто им звоню, несколько раз меня обследовали, после чего мне стало немного лучше. Но ненадолго. Я прошел другие обследования, куда они меня направляли.*

Терапевт: *Что вы думаете о причинах вашей проблемы?*
Пациент: *То, что я толстый и мой отец перенес сердечный приступ. Что он у меня тоже может произойти. Но, возможно, я боюсь чрезмерно.*

Бихевиоральные факторы. Симптомы могут быть модифицированы разными формами поведения. Например, даже легкая нагрузка при физическом движении может вызвать беспокойные мысли у пациента, страдающего соматоформным расстройством; прикосновение к поручням в транспорте может вызывать у пациента с обсессивно-компульсивным расстройством навязчивую мысль о СПИДе; половой акт с женой у больных с паническим расстройством может вызвать страх о сердечном приступе, однако, при половом контакте с любовницей подобный страх не возникает.

Пациентка с ипохондрическим расстройством жаловалась на стул белого цвета и покраснение в правом подреберье. Она испугалась, что у нее рак. При разговоре терапевт установил, что пациентка сидит на диете, которая «защищает ее печень». Пациентка была убеждена, что если она будет есть только молочные продукты, печени это не навредит. Она не осознавала то, что при этой диете типичным является стул белого цвета. Подобным образом терапевт в ходе обследования установил, что пациентка постоянно контролирует свою печень с помощью пальпации. Много раз в день она прощупывает правое подреберье. Когда терапевт попросил ее показать, как она этот контроль осуществляет, оказалось, что пациентка сильно сдавливает и массирует место над печенью.

Когнитивные факторы. На стадии обследования пациенту могут помочь вопросы о его мыслях, чтобы он осознал их важность и влияние на проблему. Рассмотрим это на примере разговора с пациентом, страдающим соматоформной вегетативной дисфункцией (Praško и др., 2000).

Пациент: *Иногда мне становится плохо «на пустом месте». Я просто сижу дома в вечернее время, передача по телевизору закончилась. Мне вдруг становится плохо. У меня сжимается желудок, я чувствую тошноту, а из-за этого сжатия мне трудно дышать. Тогда я начинаю принимать Беродуал и на некоторое время симптомы ослабевают, но потом все начинается снова. В то же время я ничего не делаю. Это состояние начинается само по себе.*
Терапевт: *Можете ли вы вспомнить последний случай, когда это произошло?*
Пациент: *Да, вчера из-за этого я не мог заснуть до двух часов ночи. А потом у меня началось сильное сердцебиение, я не мог дышать. Я боялся, что у меня случится сердечный приступ.*
Терапевт: *Это очень необычно, что симптомы появились совершенно без причины. Попробуйте представить себе эту ситуацию как можно более ярко. Может быть, мы сможем выяснить, что является ее возбудителем.*
Пациент: *Я смотрел телевизор, жена ушла спать, так что я остался в комнате один. Тогда я выключил телевизор, и через мгновение мне вдруг стало очень плохо.*
Терапевт: *Можете ли вы мне рассказать, чем занимались потом?*
Пациент: *Но я ничего не делал, я просто сидел и думал о себе.*
Терапевт: *Постарайтесь вспомнить то, о чем вы думали.*

Пациент: *Да особо ни о чем ..., что придет лето и жена захочет поехать в отпуск.*

Терапевт: *А что именно вы подумали об отпуске?*

Пациент: *Что мне постоянно плохо, а она захочет, чтобы мы куда-нибудь поехали. Но я не могу ехать за границу. Я не знаю ни одного иностранного языка. Если мне там станет плохо, кто мне сможет помочь? Я даже не смогу там договориться с врачами и что-либо им объяснить! Это какая-то проклятая жизнь! Она меня потом будет во всем винить. И даже за то, что я не хочу с ней спать. Она мне будет угрожать, что найдет себе какого-нибудь мужика, который с ней будет спать, если я такой неспособный. Но я болен и не могу так напрягаться. Но она не хочет это понять.*

Терапевт: *Я вижу, что вам это доставляет беспокойство. Когда мы говорили об этом, вы немного задыхались. Вы это заметили?*

Пациент: *Вы правы, я вспотел, у меня начал болеть живот.*

Терапевт: *Ну, это должно быть очень неприятно. Кажется, что когда вы говорите о том, что с вами случилось, или, может быть, вы себе только представляете все эти мучения, то начинаете быстрее дышать. Как вы думаете, это возможно?*

Пациент: *Я никогда не замечал этого, но теперь мне кажется, что возможно. Вы правы.*

Терапевт: *Такое впечатление, что ваше беспокойство по поводу болезни, отпуска и жены вызвало у вас частое дыхание. Когда оно появляется, о чем вы думаете?*

Пациент: *Ни о чем. Я перестаю думать и боюсь, что это не прекратится.*

Терапевт: *Что вы тогда в этот момент себе говорите, чего вы больше всего боитесь?*

Пациент: *Что это частое дыхание не остановится, у меня начнет болеть живот, и мне будет опять плохо.*

Терапевт: *Как вы думаете, вам могут помочь такие мысли: «Не смогу остановить это дыхание, у меня начнет болеть живот, мне будет снова плохо»?*

Пациент: *Не знаю, наверное, у меня будет потом страх еще больше.*

Терапевт: *Если у вас возникнет еще больший страх, как вы думаете, это замедлит ваше дыхание или ускорит?*

Пациент: *Оно всегда ускоряется.*

Терапевт: *Кажется, что-то, что вы говорите сам себе об этой ситуации, делает ее еще хуже. Я правильно понимаю?*

Пациент: *Я думаю, что это так и есть на самом деле. Мне это никогда не приходило в голову. Что я с этим должен сделать?*

Эмоциональные состояния. Настроение может значительно повлиять на проблему, за которой ведется наблюдение. Грусть, тревога, раздражительность, деперсонализация, гнев — все это может усилить интенсивность проблемы, в то время как положительные эмоции — бодрость, радость, влюбленность — часто ослабляют интенсивность проблемы. Например, пациент с социальной фобией чувствовал себя менее тревожно, когда он рассердится. В таком состоянии, он способен выступить перед группой людей. Наоборот: если в этот день у него было

грустное настроение, его социальная тревожность усиливалась. Пациентка, страдающая паническим расстройством, имела более выраженную антиципационную тревожность и более частые атаки в то время, когда она чувствовала себя раздражительной после работы или в предменструальный период, а когда она была более грустной, ее антиципационная тревога снижалась. Она имела меньше приступов панических атак.

Межличностные факторы. Общественные факторы при большинстве проблем выступают как модуляционные переменные. Это могут быть явные проблемы с самопродвижением или социальная тревожность, иногда проблемы с интимной близостью или мелкие модулирующие социальные влияния. Например, молодая женщина, страдающая от соматического расстройства, описывает это следующим образом.

Терапевт: *Имеет ли влияние на ваши проблемы тот факт, что вы находитесь вместе с партнером или с семьей?*

Пациент: *Нет, я думаю, что это все одно и то же. Я ощущаю эти боли постоянно, даже если иногда думаю о них меньше и меньше их осознаю. Они как будто находятся в фоновом режиме.*

Терапевт: *Это может как-то повлиять на присутствие других людей или на вашу совместную деятельность?*

Пациент: *Не думаю... но, вы знаете, может быть, это так. Когда меня Карел вытаскивает из дома и мы идем танцевать, тогда совершенно забываю, что я больна. Но когда я нахожусь с моей матерью, которая постоянно на что-то жалуется, я чувствую это еще сильнее. Мать говорит мне, что она гораздо больнее меня и что я должна взять себя в руки.*

Поведение близких людей, коллег по работе и одноклассников может оказывать значительное влияние на проблемы. Например, с близким человеком многие люди, страдающие агорафобией, могут путешествовать и ходить в магазин за покупками. Критика со стороны другого человека часто приводит к усилению депрессивных или тревожных симптомов. Присутствие врача уменьшает страх по поводу здоровья у пациентов с соматизационным расстройством. Заверение близкого человека снизит страх по поводу интенсивности обсессивных методов. Также очень важно, что думают близкие люди о проблеме пациента: считают ли они это болезнью, неизлечимой инвалидностью, моральной слабостью, стыдятся ли перед окружающими за поведение пациента, насколько они могут его подбодрить.

Физиологические факторы. Некоторые физические реакции могут быть специфическими при определенных проблемах, например, сердцебиение может вызвать симптомы сильной тревоги у пациента, который боится, что его сердце откажет. С другой стороны, существуют и менее специфические реакции, такие как усталость, фаза менструального цикла, количество выпитого кофе, которые могут повлиять на общий уровень тревожности или повлиять на саму проблему напрямую. Кроме того, определенное поведение может появиться только в определенном физиологическом состоянии, например, после употребления большого количества алкоголя.

Пример разговора с пациенткой, страдающей паническим расстройством с агорафобией.

Терапевт: *Какие проблемы привели вас ко мне?*

Пациент: *Я постоянно испытываю чувство страха, что у меня случится инфаркт. Почти каждый день у меня приступ, при котором мне очень плохо.*

Терапевт: *Как это проявляется?*

Пациент: *У меня учащенное сердцебиение, предобморочное состояние, я чувствую страх от того, что могу умереть.*

Терапевт: *Когда у вас появилось такое состояние?*

Пациент: *Два года назад у меня был грипп. Тогда появился первый приступ. В течение последних 6 мес. это состояние стало выражаться сильнее.*

Терапевт: *Как часто это происходит?*

Пациент: *Практически каждый день. Это состояние настолько интенсивное, что я не могу выйти из дома.*

Терапевт: *Есть ситуации, когда это состояние улучшается?*

Пациент: *Когда я дома и никуда не выхожу.*

Терапевт: *Где это происходит чаще всего?*

Пациент: *Чаще всего на работе, в магазине, но и тогда, когда я дома одна.*

Терапевт: *Меняется ли это состояние в присутствии некоторых людей?*

Пациент: *Да, я чувствую себя лучше, когда я нахожусь с мужем и детьми. Когда они находятся со мной дома, я чувствую себя хорошо.*

Терапевт: *Есть люди, в присутствии которых это состояние проявляется чаще всего?*

Пациент: *Я не думаю, но чувствую себя хуже среди незнакомых людей.*

Терапевт: *Как вы думаете, почему у вас это появилось?*

Пациент: *Я не знаю. Я всегда была очень нервной. Теперь я постоянно нахожусь дома с детьми, редко выхожу в люди. После того как у меня был грипп, стало все еще хуже. Боюсь, что это, возможно, своего рода болезнь сердца, но врачи сказали мне, что это от нервов. Кроме того, после приема диазепама мне всегда становится лучше.*

4.5.3. Последствия проблемного поведения (С)

После изучения условий, при которых проблема обычно возникает, следует сосредоточение на поддерживающих факторах. Особенно важными являются *непосредственные* последствия проблемного поведения. Поведение, которое сопровождается неприятными последствиями, возвращается менее часто, в то время как поведение, сопровождающееся приятными последствиями, часто повторяется в будущем. Наиболее важными последствиями проблемы являются мысли пациента и другие непосредственные реакции, потому что они часто приводят к порочному кругу, который удерживает всю проблему. Более отдаленные последствия менее значительны для поддержания проблемного поведения, а иногда даже противоречат основному оперантному принципу. Например, пациент, страдающий обсессивным расстройством, может продолжать выполнение трудоемких работ, даже если это угрожает его статусу на работе и семейным отношениям.

Непосредственные последствия. Как и при рассмотрении ситуативных триггеров, эти реакции могут быть разделены на следующие категории: ситуация, поведение, мысли, эмоции, межличностные влияния, физиологические переменные.

Женщина с интрузивными травматическими воспоминаниями о нападении на квартиру обнаружила, что ее воспоминания и флэшбеки вызваны целым рядом различных ситуаций и поведением, например, приходом в квартиру, сумерками, встречей человека в черной одежде, при сквозняке или холоде, при ночной тишине, при резком движении другого человека. Тогда она думает: «Ну вот, опять это происходит», — и пытается вырваться из этой ситуации. Если это невозможно, то ее реакции вызывают громкий внутренний разговор, включение света, интенсивное занятие какой-либо работой. Всегда пытается отвлечь внимание от воспоминаний о событиях, которые в ней вызывают сильные вегетативные симптомы беспокойства. Тем не менее, она думает о том, что это состояние снова появилось, что оно может вернуться в любое время, обвиняет себя, что это была ее ошибка, что это произошло. Далее она себя ругает за то, что такая слабая, что не может забыть все это. Несмотря на то, что она старается избежать этих симптомом, все равно испытывает различные физические реакции, — давление в желудке, тремор, сердцебиение, сухость в горле. Эти реакции удерживают ее внимание на травматическом событии, несмотря на то что она предпочла бы его избежать. Однако если она примет большую дозу диазепама или опьянеет, выпив алкоголь, ее не будет волновать эта ситуация.

Важна реакция близких людей на проблему пациента. Необходимо установить конкретные реакции. Общее описание поведения («Помогает мне») дает нам очень мало информации, также как и фраза «Он на меня не обращает внимания». Поэтому важно задавать вопросы как можно более конкретно.

Терапевт: *Как реагировал ваш муж, когда у Вас начинался приступ паники?*

Пациент: *Он на меня не обращает внимания, его это не беспокоит.*

Терапевт: *Когда вы описывали приступ паники, который случился в кинотеатре, где вы были вместе, вы можете вспомнить реакцию мужа?*

Пациент: *Он ругал меня, что я его опять опозорила, что он со мной уже никуда не пойдет.*

Избегающее поведение. Избегание неприятных ощущений (физических симптомов) и их смягчение очень часто являются прямым следствием проблемного поведения. Чаще всего, это сильнейший фактор, удерживающий проблему. При пассивном избегающем поведении можно задать прямой вопрос: «Чем вы прекратили заниматься? Куда вы из-за этой проблемы перестали ходить?» Вопросы, касающиеся активного избегающего поведения, могут быть следующие: «Существует ли что-то, что вы начали делать? Что вы делаете по-другому из-за этой проблемы?» или «Что бы вы перестали делать, если бы ваша проблема полностью исчезла?» Далее необходимо задавать вопросы по поводу отношений, работы, общественной жизни, интересов и увлечений. Каждая из этих областей может находиться под влиянием избегающего поведения. Если проблема не устраняется в течение длительного времени, пациент может даже не осознавать степень своего избегающего поведения. Целесообразно задать следующий вопрос: «В чем именно изменилась бы ваша жизнь, если бы не существовала эта проблема?» Бизнесмен, страдающий социальной фобией, был в состоянии сидеть и дискутировать в компа-

нии людей, но если он выпивал кофе, то пытался активно отвлечь внимание окружающих от себя, например, показать на картину, висящую на стене, и что-то рассказать о ней.

Долгосрочные последствия. Они часто предполагают изменения в образе жизни, семейной и рабочей ситуации, заботу врачей, иногда институциональное регулирование ситуации, такое как получение пенсии по инвалидности. Однако мы не навязываем пациенту никакие скрытые потребности, которые обозначаются, например, понятием «вторичная выгода». Очень часто долгосрочных негативных последствий значительно больше, чем позитивных.

После детального изучения удерживающих факторов уместно задать пациенту более общий вопрос: «Изменится ли в целом ваша жизнь, если вы избавитесь от этой проблемы?» Этим способом мы повысим у пациента уверенность в себе. С другой стороны, это может указывать на долгосрочные изменения, например, на работе или в супружеских отношениях, иногда даже потерю пенсии по инвалидности, прекращение зависимости от партнера. Все это должно быть включено в формулировку задачи.

Терапевт: *Какие проблемы привели вас ко мне?*

Пациент: *Большую часть времени, я чувствую сильную тревогу.*

Терапевт: *Что происходит при тревожном состоянии?*

Пациент: *Это странное чувство. Я начинаю глубоко дышать.*

Терапевт: *Странное чувство?*

Пациент: *Я начинаю потеть. В такой ситуации лучше, если я никого не вижу, когда я один. Я не произвожу хорошего впечатления на окружающих.*

Терапевт: *Вы думаете, что производите плохое впечатление? (Когнитивное — ненаблюдаемое, за этим может наблюдать только он сам. «Это такое странное чувство». Мы спросим, что он подразумевает под понятием «странное чувство».)*

Пациент: *Я не знаю, является ли моя жизнь реальной. Я ощущаю ужасный страх от этой мысли.*

Терапевт: *Что вы делаете или хотите сделать, когда у вас возникают эти переживания?*

Пациент: *Я не уверен, что я хотел бы с этим что-нибудь сделать. Лечь в кровать. Да, это лучшее, что я могу сделать. (Это первый случай, когда пациент описывает такое проблемное поведение, которое является явным.)*

Терапевт: *Вы сказали, что эти проблемы возникают в определенных ситуациях. Расскажите подробнее об этих ситуациях.*

Пациент: *Начальник говорит мне, что моя работа плохо выполнена. Моя жена жалуется на детей, хочет, чтобы я навел порядок.*

Терапевт: *В этом случае это социальные ситуации, ситуации с людьми. Вы сказали о том, что чувствуете себя сконфуженным. А как на это реагируют люди, которые находятся рядом с вами?*

Пациент: *Я не знаю, правильно ли я понимаю то, что они делают.*

Терапевт: *Что они приблизительно думают?*

Пациент: *Они видят меня неуверенным. А также, что я мог бы лучше работать.*

Терапевт: *А вы думаете, что смогли бы?*

Пациент: *Конечно. Но я не смогу.*

Терапевт: *Ваш страх появляется в социальных ситуациях, с женой, с начальником?*

Пациент: *Да, эти ситуации связаны с другими людьми.*

Терапевт: *А как насчет ваших друзей?*

Пациент: *Есть ли у меня друзья?*

Терапевт: *Нет, испытываете ли вы страх, когда вы с ними?*

Пациент: *У меня есть несколько друзей. Я себя хорошо с ними чувствую. Лучше, чем с женой и с начальником.*

Терапевт: *Как вы объясните тот факт, что с женой или с начальником вы чувствуете себя хуже, а с друзьями лучше?*

Пациент: *Здесь есть какая-то связь с ожиданием, что я буду агрессивным. Я боюсь, что могу быть агрессивным по отношению к жене или к начальнику, и это для меня плохо закончится. А в ситуации с друзьями такого не происходит. Когда я с ними, со мной такое не случается, у меня не возникает боязни быть наказанным или что я вдруг стану слишком агрессивным.*

Терапевт: *Как же так?*

Пациент: *Начальник может уволить меня с работы, жена накажет многими способами.*

Терапевт: *Я дам вам задание отслеживать типичную ситуацию — конфликты с начальником и с женой в течение недели. Напишите себе короткие диалоги, как в этих разговорах развивалась ситуация, и по поводу чего у вас в этот момент возникла озабоченность. На следующем сеансе мы будем совместно разрабатывать лечение.*

Терапевт дает задание обозначить контекст, для того чтобы было ясно, может ли жена действительно наказать пациента. Если действительно существует опасность потерять работу, это реальный страх. Тогда необходимо изменить работу. Тем не менее, это могут быть иррациональные мысли, которые должны быть установлены с помощью вопросов по поводу наказания.

Терапевт: *Каким способом начальник или жена могут вас наказать?*

Пациент: *Начальник мог бы мне сказать, что я неспособен сделать эту работу.*

Терапевт: *Вы действительно неспособны ее сделать?*

Пациент: *Нет, я способен, но я боюсь самой этой ситуации.*

Терапевт: *«Вы не в состоянии сделать эту работу!» Это именно то, что может сказать ваш начальник?*

Пациент: *Да, и у меня должно быть достаточно денег.*

Терапевт: *А что должен делать ваш начальник, если он считает, что вы неспособны?*

Пациент: *Это слишком трудно.*

Терапевт: *Ваш страх на самом деле основан на критике начальника по поводу вашей неспособности. Но вы знаете, что это неправда. Как начальник мог бы показать вам, что являетесь способным?*

Пациент: *Мог бы повысить мне заработную плату.*

Терапевт: *Вы просили его об этом?*

Пациент: *Нет.*

Терапевт: *Он должен это сделать сам, добровольно?*

Пациент: *Это правда.*

Терапевт: *Он должен сказать: «Эй, я добавлю тебе заработную плату»?*

Пациент: *Это было бы очень приятно, но, в конце концов, я мог бы его об этом попросить.*

Терапевт: *Я думаю, что в вас есть достаточно смелости, чтобы попросить начальника о повышении заработной платы. Когда вы это научитесь делать?*

Пациент: *Я уже пробовал это сделать, попросил его о помощи. Хотя я не просил помочь деньгами.*

Терапевт: *Что изменилось, когда вы это сделали, когда были смелым?*

Пациент: *Я стал больше уверен в себе.*

Терапевт: *Вы могли бы это использовать. Я имею в виду тот опыт, что вы умеете о чем-либо просить. Что, вам нужно для того, чтобы попросить начальника о деньгах?*

Пациент: *Я должен изменить поведение или работать лучше, чем сейчас.*

Терапевт: *Что вам необходимо для снижения чувства страха, какие способности?*

Пациент: *Профессиональные или специальные навыки, а вы тоже так думаете?*

Терапевт: *Как вы сами это чувствуете?*

Пациент: *Прежде всего, я должен громко говорить.*

Терапевт: *Этому можно научиться. Мне кажется, что ваш страх вызван опасением по поводу возможности спросить о чем-либо вашего начальника, так как вы ожидаете от него критики. Я это правильно понимаю? Однако, чем больше вы от этого уклоняетесь, тем больше растет ваше напряжение.*

Пациент: *Вы правы. Я откладываю разговор с ним, поэтому все больше становлюсь несчастным.*

4.5.4. Как пациент научился данной модели поведения

Начало

Этот раздел мы обычно рассматриваем более кратко, чем в так называемой динамической психотерапии, так как информацию о прошлом мы собираем только в случае, если она непосредственно связана с развитием текущей проблемы и если эти данные могут нам помочь понять факторы, которые поддерживают эту проблему.

Проблема может иметь определенное начало. Например, агорафобия может развиться непосредственно после панической атаки в автобусе, которая появилась сразу после ссоры с мужем. Тем не менее даже в этом, казалось бы, простом случае нам нужно больше информации, чтобы понять конкретное поведение и поддерживающее его факторы. Например, страх путешествия на транспорте может поддерживать мысль о возможном сердечном приступе, избегании путешествий, мысли о потере самоконтроля перед незнакомыми людьми и последующем позоре. Как следствие, муж пациентки каждый день возит ее на работу. В боль-

шинстве случаев, однако, проблема развивается постепенно, чему способствует целая серия следующих за этим событий. Они могут быть непосредственно связаны с идентифицированной проблемой. Например, пациент постоянно перегружает себя на работе, прежде чем он понимает, что имеет трудности в том, чтобы сказать своему начальнику «нет». С другой стороны, пациент может осознавать, что у него есть проблема, которая усугубляется, но пока неясно, как она началась и почему усугубляется. В этих случаях мы иногда видим, что, прежде чем проблема возникла, в жизни пациента произошло какое-либо изменение или стресс. Таким образом, можно разобрать с пациентом список типичных жизненных событий, например, распад отношений, смена работы, смерть в семье. Для большинства проблем существуют определенные ситуации, которые бывают более специфичными. Для депрессии возможна потеря или изменение роли; у пациента, страдающего соматоформным или паническим расстройством, это может быть болезнь близкого человека.

Развитие

Важно понять, как развивалась проблема. Она могла, например, проявляться все время одинаково или постепенно ухудшаться, колебаться по степени тяжести. Также целесообразно выяснить, почему пациент обратился за помощью именно сейчас. Это может быть выражением других проблем, о которых он по разным причинам не рассказывает.

Молодой человек, страдающий обсессивно-компульсивным расстройством, обратился за помощью из-за социальной фобии. Из разговора, однако, стало известно, что после окончания института, он начал работать и теперь не знает, как рассказать своим коллегам по работе, что он из-за обсессий вынужден повторно проверять компьютер, розетки, боится ходить с ними в столовую, чтобы не заразиться.

Если интенсивность проблемы с течением времени менялась, для лучшего понимания ситуации может помочь создание графика интенсивности в зависимости от времени. На горизонтальной оси необходимо отметить важные события в жизни, а по вертикали — интенсивность проблемы.

Некоторые пациенты ожидают, что мы от них будем требовать всестороннего описания проблемы, в том числе всех интересующих нас вопросов, сомнений. Иногда пациенты приносят целую пачку записей с деталями, которые в большей степени иллюстрируют психопатологии, а нам они, скорее всего, в лечении не помогут. В этих случаях необходимо предупредить пациентов о том, что желательно сфокусироваться на текущем состоянии и его контексте. Терапевт может сказать:

«Спасибо за очень подробный анализ того, как возникла проблема. Во многом это может нам помочь. Однако я должен сказать, что сейчас мы сосредоточимся на том, что происходит в данный момент. Это необходимо изменить, чтобы вы могли почувствовать себя лучше. Также отметим тот факт, что причины, из-за которых возникла проблема, мы уже не сможем изменить, что теперь проблема может поддерживаться чем-то совершенно другим».

Многие пациент, под влиянием популяризации психоанализа, желают интенсивно заниматься проблемами из детства. Однако обычно это контрпродуктивно и служит для того, чтобы избежать решения текущих проблем.

Тридцатилетняя пациентка с дистимией, живущая в социальной изоляции, всесторонне описывает отношения с родителями в детстве. Она убеждена, что только после их тщательного понимания «оценит», а затем легко познакомится с каким-нибудь партнером.

При обследовании мы, как правило, избегаем вопросов, которые начинаются со слова «Почему», потому что это может привести к ответу «Не знаю» или к долговременному дилетантскому объяснению корней проблемы. Напротив, такие вопросы как «Чем именно для вас эта ситуация является тяжелой? » или «Как вам удалось сохранить спокойствие в этой ситуации?», предоставляют более подробную информацию о факторах, которые поддерживают проблему в нынешней ситуации.

Предыспонирующие факторы

Они помогут нам объяснить, почему у пациента после преципитирующих событий появилась именно эта проблема. В ходе ориентационного обследования мы касаемся этого вопроса по минимуму, однако важно выявить эти факторы при подробном обследовании. Общие предыспонирующие факторы при отдельных заболеваниях приведены в главах, посвященных отдельным расстройствам, во второй части книги.

Способность решать проблемы и другие ресурсы пациента

Индивидуальная способность решать проблемы очень различна. Некоторые люди в большей степени полагаются на себя, другие — на других людей. Некоторые сначала начинают стонать, а потом осознают возможные последствия, после чего переходят к решению этих проблем, другие отрицают любые риски и решают проблемы, не имея привычки для начала все обдумать. Люди имеют различные навыки, начиная от умения расслабиться, когда человек не чувствует напряжения, а также коммуникативные навыки, которые позволяют довериться другим людям, заканчивая комплексным умением решать проблемы в структурированном виде.

Для начала в разговоре необходимо сосредоточиться на том, как пациент пытался решить идентифицированную проблему. Мы можем, например, спросить: «Меня интересует, что вы делаете для того, чтобы справиться с этой ситуацией, даже в том случае, если это очень затруднительно. Можете ли вы мне сказать, что вам помогает?» Иногда целесообразно использовать пример. (Kirk, 1989): «Вы сказали, что иногда помогает, когда вы выходите из комнаты и считаете до 10, прежде чем вернуться туда снова. Есть и другие способы, которые могут вам помочь?» При разговоре полезно обсудить, как пациент справился с другими трудными ситуациями. Этим мы подчеркиваем его способность, а также выясняем, какие навыки он при этом использовал. Терапевт может, например, задать следующий вопрос: «Постарайтесь вспомнить, когда вам в жизни приходилось попадать в сложную ситуацию, которая для вас была очень неприятна. Можете ли вы привести какой-нибудь пример?»

На следующем этапе терапевт может расспросить о том, какие у пациента ресурсы, навыки и сильные стороны. Сюда можно включить окружающие факторы

(например, друга, который поддерживает пациента; семейную поддержку, хороший коллектив на работе); навыки, которые могут облегчить необходимые изменения (способность вести записи, успешное садоводство, как источник самоуверенности), и сильные стороны (чувство юмора, эстетическое чувство, готовность терпеть неприятные ощущения, упорство, умение ладить с людьми и).

Предыдущие психологические и другие заболевания и их лечение

В разговоре необходимо узнать, какие болезни перенес пациент, в частности, были ли у него когда-либо подобные проблемы. Нужно определить, как пациент реагировал на предыдущие методы лечения, так как они могут предсказать его нынешнюю реакцию. Также мы получим информацию о том, чего лучше избежать. Кроме того, пациент может иметь заранее сформированное мнение о характере своих проблем (например, «Это улучшается после приема лекарств, следовательно, это физическая болезнь») или о результате лечения («Если мне не помогли даже лекарства, тогда это невозможно вылечить»). Следует определить, какие препараты пациент принимает, особенно психотропные.

Мнение пациента о проблеме и ее лечении

Если подход, который предлагает терапевт, не соответствует убеждениям пациента, успех дальнейшего проведение лечения маловероятен. Поэтому надо дать ему при разговоре возможность изложить свое восприятие ситуации. Например, мы можем его спросить, что он думает о своих проблемах, что ему может в большей степени помочь. Можно спросить, знает ли он кого-нибудь с подобной проблемой, каким образом он с этой проблемой справляется или уже справился. Воздействие на отношение пациента к лечению может быть весьма значительным. Пациенты, страдающие от физических симптомов, могут быть уверены в том, что страдают от физической болезни, которую может вылечить только соматический специалист. Они могут обижаться, что их направили к психиатру. Некоторые убеждения пациентов требуют немедленного вмешательства, другими можно заниматься на последующих сеансах. Многие убеждения изменятся сами по себе во время лечения, например, вера в то, что состояние неизлечимо, может измениться после того, как состояние улучшит. Желательно определить позицию пациента уже в первом разговоре. Иногда, однако, сам пациент эти позиции в полной мере не осознает или не хочет их указывать. Поэтому можно к ним вернуться в процессе лечения, когда мы установим, что прогресс недостаточен и расследуем, почему так происходит.

4.6. Когнитивный анализ

Это детальная оценка мыслей пациента, его представлений, ожиданий, жизненных позиций и самооценки. Малоадаптивный внутренний диалог может быть предшествующим эпизодом изменения в настроении или поведении, важной частью проблемы или результатом проблемного поведения. Когнитивный анализ является частью упомянутого бихевиорального анализа. Мы проводим его, начиная с первого обследования. Тем не менее анализ когнитивных **событий** (мыслей и представлений, например, «Что, если я сейчас сойду с ума? Это сердечный приступ!»), **процессов** (например, чрезмерное обобщение — «Если я сейчас так путаюсь, я точно сошла с ума», или катастрофизация — «Это чувство я не смогу вы-

держать») и **схем** (например, «Я должен быть совершенным во всем! Когда другие узнают, какой я есть на самом деле, они отвергнут меня! Здоровый человек не испытывает никаких неприятных физических ощущений!») происходит с продолжением терапии.

Причина, по которой когнитивный анализ выделяют в отдельный подраздел, заключается в следующем: мысли, особенно те, которые пациент говорит сам себе подобно, как и его представления, играют очень важную роль. Оценка пациента, ожидание, позиция и самооценка являются частыми темами внутреннего диалога.

Кроме того, пациенты могут быть уверены, что проблема может возникнуть совершенно непредсказуемо. Они не отдают себе отчет, какие мысли возникают у них в голове непосредственно перед и во время проблемного поведения. О когнитивных событиях пациент может сообщить самостоятельно в своих жалобах, они могут появиться в описании событий, которые он испытал. Изначально для некоторых пациентов затруднительно осознать свои важные автоматические мысли. Это бывает следствием того, что они попросту не обращают внимания на эти мысли или они им кажутся смешными или унижающими их достоинство.

Пример (в соотв. с Kirk, 1989).

Пациент: *Иногда я начинаю волноваться «на пустом месте». Я просто сижу за своим письменным столом и вдруг начинаю чувствовать себя ужасно плохо.*

Терапевт: *Можете ли вы вспомнить, когда это случилось?*

Пациент: *Это случилось на прошлой неделе.*

Терапевт: *Это очень необычно, что какой-либо симптом появляется совершенно без причины. Попробуйте представить себе эту сцену как можно более ярко. Может быть, нам удастся выяснить, что стало причиной такого состояния.*

Пациент: *Я сидел в офисе, печатал текст и вдруг начал себя чувствовать ужасно плохо.*

Терапевт: *Вы часто чувствуете себя плохо, когда находитесь в своем офисе?*

Пациент: *Нет, как я уже сказал: как правило, в офисе я чувствую себя хорошо.*

Терапевт: *Вы можете вспомнить, что именно делали в тот момент?*

Пациент: *Я писал годовой отчет.*

Терапевт: *Итак, вы сидите в кресле, пишете годовой отчет. Был ли кто-то еще в офисе?*

Пациент: *Нет, уже никого не было, остался только я с большой кипой бумаг, которые я должен был еще разобрать.*

Терапевт: *А вы можете вспомнить, что именно в тот момент происходило в голове?*

Пациент: *Я думал о том, что не смогу это доделать, что весь вечер буду чувствовать ужасную усталость.*

Некоторые пациенты осознают тот факт, что в возникновении их симптомов важную роль играют их мысли, и самокритично признают, что сами себе навязывают негативные эмоции (Kirk, 1989). Иногда они испытывают чувство безнадежности и потерю самоконтроля из-за трудностей, которые они ощущают. Они думают, что вся ответственность за выход из этой ситуации лежит на них. Терапевт может использовать это для того, чтобы указать на влияние этих симптомов.

Терапевт: *Вы говорите, что когда думаете: «Я снова буду чувствовать себя плохо», вы действительно начинаете себя плохо чувствовать.*

Пациент: *Да, наверно это странно, что я сам это чувство призываю. Кто-то мог бы подумать, что мне нравится, когда я чувствую себя так плохо.*

Терапевт: *Я уверен, что вам не нравится такое состояние. Но это очень хорошо, что вы смогли самостоятельно понять, как ваши мысли влияют на ваше состояние.*

Терапевт на первом сеансе замечает, что пациент автоматически мыслит. Он помогает пациенту осознать свое отношение к изменениям в настроении, поведении и вегетативным реакциям. Для этого может быть использовано, например, изменение настроения во время сеанса. Терапевт может задавать пациенту вопросы: «Можете ли вы мне сказать, что подумали в тот момент, когда вдруг почувствовали сильную грусть? Когда вы себе это говорите, как это влияет на ваше состояние? Сейчас вы остановились на полуслове. Вы можете сказать мне, какие мысли пришли вам в голову?»

Когда пациент описывает ситуацию, вследствие которой у него возникает страх, терапевт может задать следующие вопросы: «Как вы думаете, что самое худшее в этой ситуации может случиться? Как вы себе представляете, что бы Вы сказали, если это произойдет?»

Если пациент говорит о своем прошлом опыте: «Что вы подумали о себе, когда это случилось? Как вы думаете, что о Вас могли сказать другие люди, которые там были? Как вы в то время оценивали свою ситуацию?»

Очень важную роль в нашем поведении играет самооценка. Почти каждую работу, которой занимаемся, мы внутренне комментируем. Типичным примером положительной самооценки являются короткие предложения внутреннего диалога: «Я это хорошо сделал... Я это смогу сделать... Меня это радует... Мне это нравится ... Не имеет значения, что он говорит; я этим доволен».

Плохое настроение у депрессивных людей поддерживают мысли типа: «Опять у меня это не получается... Я не смогу это сделать... Что они обо мне подумают...? Лишь бы я им понравился... У меня нет шансов!»

Оценка когнитивных ошибок (процессов, которые приводят к негативным мыслям более сложная. Мы можем судить о когнитивных ошибках только после неоднократных разговоров. Наиболее глубоко хранятся когнитивные схемы. До них мы доходим во второй половине терапии.

Существует несколько вариантов когнитивных схем. Например, «Я должен быть совершенным, уверенным в себе и т.д.». Когнитивная схема не всегда должна быть связана лишь с самим индивидуумом. В ней может быть выражено и неадекватное требование к окружению, иногда это касается семьи. «Мы должны быть безупречными». Когнитивная схема выражает полное представление, которое определяет жизненный план. Если это представление абсолютное, а, следовательно, малоадаптивное, пациент приходит в тупик, начинается депрессия. Некоторые з планы могут быть выведены непосредственно из наблюдений пациента, его поведения и способов его реагирования. Страх того, что он опозорится, может быть связан со схемой «Я должен всегда быть безупречным». Для поиска ког-

нитивных схем целесообразно обращать внимание на последствия поведения пациента, которых он пытается избежать.

В частности, основное внимание должно быть направлено на устранение чувства безнадежности, суицидальных наклонностей и негативных ожиданий от терапии, потому что управление этими симптомами должно стать приоритетным над другими.

4.7. Функциональный анализ

Функциональный анализ помогает понять, какую функцию приобретает проблема в жизни пациента, какие более общие факторы ее удерживают. С помощью функционального анализа терапевт пытается ответить на вопросы: Почему такое поведение не угасает? Кто, что и как подкрепляет такое поведение? Как это проблемное поведение мешает нормальной жизни пациента?

Мы пытаемся выяснить, как это поведение влияет на его межличностные отношения. Следующая часть функционального анализа — определение недостатков и достоинств пациента. Необходимо определить, каким навыкам ему необходимо научиться, какие способности, на которые можно положиться, он имеет.

Функциональный анализ — это способ, с помощью которого терапевт пытается конкретизировать проблему пациента. Для КБТ характерно рассматривать его психологическую проблему как сформированные и поддерживаемые интеракции между человеком и его окружением. Проблемное поведение возникает так же, как и любое другое усвоенное поведение, — подкреплением и интерпретацией испытанного. Факторы, которые связаны с появлением психологических проблем, не обязательно должны быть идентичными с поддерживающими.

Впервые у пациентки появляется депрессия после смерти сына. Муж пациентки изменил свое до сих пор сдержанное поведение по отношению к жене. Он внимателен, реагирует на большинство ее пожеланий. Жене спустя определенное время стало лучше. Тем не менее, когда муж возвращается прежнему поведению, ее депрессия снова усугубляется.

О симптомах необходимо получить как можно больше информации, чтобы сформулировать проблему раньше, чем начнется лечение. Формулировка задачи содержит совокупность того, почему возникает проблема. Сбор информации, однако, происходит на протяжении всего лечения.

В бихевиоральном анализе мы пытаемся распознать историю поведения и ее содержание с точки зрения теории обучения. Мы изучаем, как поведение поддерживается положительными и отрицательными последствиями. В противоположность этому в функциональном анализе мы ориентируемся не только на пациента. Но мы должны знать, что происходит в рамках всей системы. Нас интересует выгода малоадаптивного поведения. Необходимо различать вторичную выгоду и негативное подкрепление («Боль спадет, когда я приму лекарство»). Для изолированного депрессивного пациента вторичной выгодой может стать посещение врача, чтобы получить очередной рецепт. Подобным образом вторичной выгодой головной боли может быть контакт с врачом, а отрицательным подкреплением — тот факт, что боль исчезнет после приема лекарства, которое он получил.

Очень важно выяснить, чем пациент из-за своей проблемы не занимается, но, возможно, хотел бы заниматься, или он что-то не делает, даже если это могло бы ему помочь.

Пациент, который хочет быть в первую очередь успешным, имеет когнитивную схему, что о его успехе ему должен сообщить кто-то извне. Это заставляет его работать днем и ночью. Он не умеет отдыхать и в конце концов исчерпывает свои энергетические ресурсы. Необходимо, чтобы он отдыхал, занимался рекреацией. Однако мы узнаем, что отдыхать он не умеет и имеет сильные переживания в данный момент. Он оценивает свою ситуацию только с точки зрения будущего успеха или неудачи.

Необходимо рассмотреть весь спектр поведения пациента, а не только патологические области. Каждый человек имеет не только проблемы, но и ресурсы. Очень важно говорить об этих ресурсах: что он может делать, с чем справляется, подискутировать, что невозможно сделать все на 100 %.

Началом функционального анализа является вопрос «Почему Вы пришли именно сейчас?» Пациенты, (чаще всего женщины) обращаются к терапевту, потому что супруг или другие члены семьи уже не хотят (или не в состоянии) обеспечить поддержку и терпеть их поведение. Интенсивность симптомов в течение нескольких лет никак не меняется. Обратиться за помощью, таким образом, пациента заставляет что-то другое.

4.8. Формулировка проблемы

После завершения обследования проведения поведенческого, когнитивного и функционального анализа терапевт устанавливает с пациентом предварительную концептуализацию проблемы. Это психологическое описание и объяснение проблем пациента в его жизненной ситуации. Она включает описание как текущего состояния, так и факторов, которые вызывают данную проблему (антецедент), а также, усугубляющих и поддерживающих проблему (последствия), а также влияние этих факторов друг на друга и создание порочного круга. Концептуализация должна содержать объяснение того, как возникла проблема и как она развивалась, в том числе рассмотрены предрасполагающие факторы. Структура когнитивной поведенческой концептуализации проблемы изображена на рис. 4.4.

Пациента необходимо ознакомить с данной концептуализацией и попросить дополнить ее, либо исправить.

4.9. Определение проблемы

Если пациент согласен с когнитивной поведенческой концептуализацией, которая объясняет возникновение и усугубление его проблемы, необходимо определить отдельные проблемы, на которые мы постепенно сосредотачиваемся в терапии. Каждая проблема должна быть описана с помощью одного или двух предложений, причем определение должно соответствовать следующим правилам:

- Должна быть сформулирована совместно с пациентом, используя его собственные слова,

- Должна четко выражать трудности и жалобы пациента,
- Должна описывать конкретное явное поведение или отсутствие определенного поведения,
- Должна описывать основные мысли, физические симптомы и чувства, связанные с ними,
- Должна включать информацию о частоте, продолжительности и интенсивности такого поведения.

Необходимо отделять проблемы от симптомов. Например, головная боль не является проблемой; это трудность, симптом. Проблемой является, например, неспособность освоить повседневные обязанности, однако, и здесь необходима конкретизация. Вот несколько примеров определения проблемы, как мы их формулируем в рамках КБТ.

- «Я боюсь находиться один вне дома, избегаю главных улиц, магазинов, метро, автобусов и трамваев. По дороге на работу и с работы меня сопровождает жена или дети».
- «Я боюсь разговаривать с незнакомыми людьми, потому что считаю, что выгляжу глупо, поэтому я не могу находиться в компании у меня только одна подруга».
- «Я страдаю от приступов панических атак, при которых я чувствую, что схожу с ума. Поэтому я не в состоянии оставаться дома в одиночестве, рядом со мной постоянно находится муж, дочь или свекровь».
- «Я страдаю от навязчивых мыслей, что не выключила газ или электричество, что это вызовет пожар в нашем доме. Поэтому я 10—20 раз все проверяю. Это случается со мной 5—10 раз в день, у меня на это уходит 1—2 ч. Я прошу мужа неоднократно заверять меня, что все в порядке».

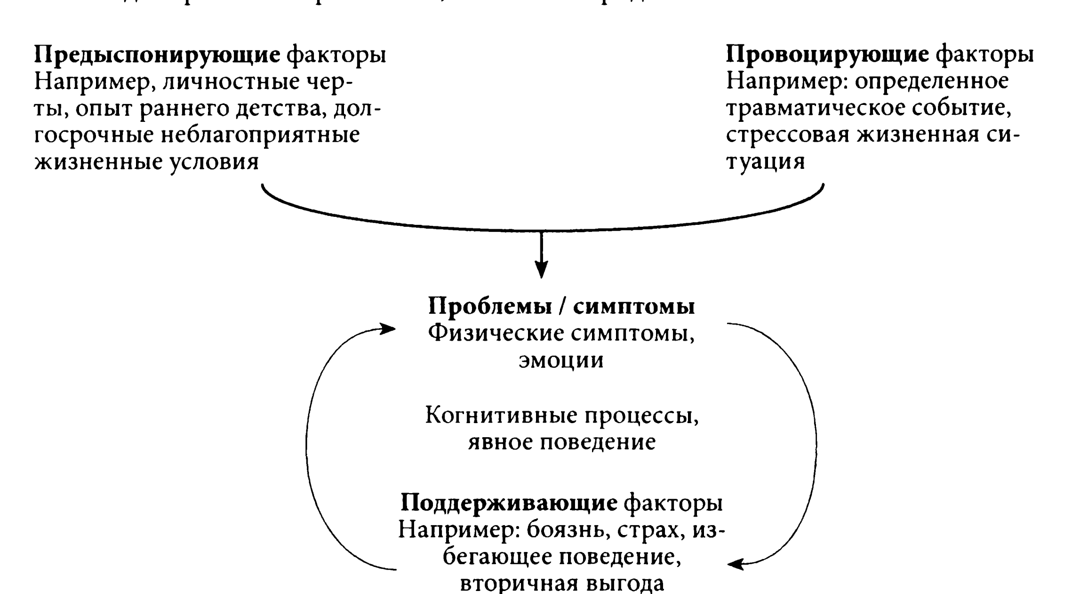


Рис. 4.4. Структура когнитивно-бихевиоральной концептуализации проблемы (Kennerleyová, 1998)

У пациентов с соматическим расстройством, особенно у больных с расстройством личности, концептуализация проблемы может быть затруднена. Как единственную проблему, они воспринимают свои соматические трудности, нежелание врачей ими заниматься, видят свои проблемы в поведении других людей и прошлых обидах. Часто пациенты хотят, чтобы изменились другие люди, а цели должен достигнуть терапевт, а не они («Пусть свое поведение изменит муж, мать и начальник на работе, они относятся ко мне плохо»), устанавливают себе неопределенные цели («Я хочу быть наконец-то счастливым. Я хочу, чтобы вы меня изменили»). Остается только терпеливо объяснять, что поведение другого человека, если он сам этого не желает, мы изменить не можем. Но мы можем изменить свой собственный подход к нему, увеличить его шансы измениться.

4.10. Цели

Постановка целей непосредственно вытекает из определения проблем. Можно спросить пациента: «Что бы вы хотели сделать в конце терапии, но из-за ваших текущих проблем сейчас не можете сделать?» Для каждой определенной проблемы можно определить конкретную цель, т. е. для каждого состояния, какое оно есть на самом деле, мы добиваемся состояния, которое хотелось бы иметь.

Цели должны быть установлены на основе разговора между терапевтом и пациентом. Они должны быть для пациента желательными, реалистичными и достижимыми. Надо объяснить пациенту, что он может и чего не может ожидать от терапии (например, нельзя ожидать достижение цели «для того чтобы быть счастливым в жизни»). Кроме того, пациента необходимо предупредить о том, что в терапии он научится справляться со своими проблемами самостоятельно, но не должен ожидать, что проблемы полностью исчезнут из жизни. Кроме того, пациент должен четко знать, что цели могут быть достигнуты только благодаря активным усилиям, что терапевт будет от него требовать, чтобы он был готов кратковременно терпеть неприятные состояния напряжения, беспокойства и дискомфорта.

После постановки цели мы убеждаем пациента в том, что справиться с его нынешними проблемами вполне возможно, и направляем внимание на будущие возможности, а не на прошлые трудности и проблемы. Постановка целей до начала терапии показывает, что пациент и терапевт стремятся к одному, и позволяет во время лечения выяснить, насколько пациент приблизился к своей цели.

При постановке целей необходимо соблюдать следующие правила:

1. Цель должна быть сформулирована позитивно, т. е. то, что пациент будет способен сделать («Я буду ходить каждый день одна в магазин за покупками в центр города», но не так: «Я не буду бояться ходить одна в магазин за покупками»).
2. Цель должна быть функциональной, т. е. её достижение принесет практическую пользу пациенту.
3. Цель должна быть сформулирована конкретно, с учётом наблюдаемого поведения таким образом, чтобы можно было однозначно определить, достигнуты ли цели («Я могу пойти на дискотеку и начать там с кем-нибудь разговаривать», а не так: «Я буду популярным в обществе»).

4. Постановка целей должна содержать определенную частоту и продолжительность желаемого поведения, а не только по сравнению с текущей ситуацией («Я буду ездить автобусом каждый день на работу и обратно», а не «Я буду ездить на автобусе»).
5. Цель должна быть реальной, т. е. она должна быть адекватным возможности пациента, его способностям и средствам.

Целесообразно записать отдельные цели терапии совместно с пациентом, причем каждая запись должна начинаться с формулировки «В конце терапии я буду в состоянии ... (путешествовать на машине, ездить на метро 15 мин, 3 раза в день, ездить на метро один, делать покупки в переполненном торговом центре 1,5 ч 2 раза в неделю)».

Примеры формулирования целей: В конце терапии, я смогу настолько управлять приступами паники, что смогу ходить на работу каждый день. В конце терапии смогу остаться ночью дома одна. В конце терапии, я смогу проверить, выключила ли я газ и электричество, только один раз и обойдусь без заверения мужа. В конце терапии я буду раз в неделю ходить в кино, на танцы или в ресторан. В конце терапии я буду ходить каждый день через парк, где люди гуляют с собаками. Во время терапии я хочу научиться разговаривать с незнакомыми людьми, спрашивать дорогу, слушать их, свободно с ними общаться, начну ходить со своей подругой на танцевальные вечера».

Цель терапии должна быть конкретной и подробной. В случае неясных целей мы спрашиваем пациента, как должно выглядеть определенное поведение, которое привело бы к желаемому результату. Мы стараемся настолько специфицировать цели, чтобы они были установлены в понятиях видимого поведения, были, измеримыми, практичными и достижимыми. При расстройстве личности работа по определению проблем и задач, как правило, является длительной, а если это не получится, то лечение, как правило, не сдвинется с места. Часто бывает, что во время лечения возникают цели, о которых пациент или врач изначально не думал. Если возможно, цель должна быть сформулирована так, чтобы более чем один человек смог определить, была ли она достигнута, так как это повышает надежность измерений.

Когда терапевт спросил, чего пациентка хотела бы достичь во время пребывания в больнице, ответ был (в соотв. с Kirk, 1989):

Пациент: *Я хочу быть нормальной, как и все.*
Терапевт: *«Быть нормальным может означать для разных людей совсем разное. Если бы Вы себя чувствовали нормальной, чем бы это отличалось от того, как вы себя чувствуете сейчас?*
Пациент: *Я была бы такой же, как и раньше».*
Терапевт: *Как вы узнаете, что стали такой же, как раньше? Чем вы стали бы заниматься, чем не занимаетесь сейчас?*
Пациентка в конечном счете смогла установить для себя следующие цели: ходить самостоятельно в магазин за покупками; оставаться дома в одиночестве ночью; установить контакт с друзьями; пригласить друзей к себе.

Другие вопросы помогли определить, где, когда и как должно происходить определенное поведение, чтобы определенная цель была достигнута.

Постановка целей

Цель должна быть определена на основе обследования до начала терапевтического вмешательства. Обсуждение целей ясно показывает, что пациент может ожидать от лечения (например, нереально, что пациентка уже никогда не будет беспокоиться или *уже никогда* не будет кричать на своих детей). Можно заранее выявить возможные области непонимания между терапевтом и пациентом. Пациент скажет, хочет ли он дальше продолжать КБТ. Например, пациент, который был заинтересован в глубоком анализе своей души, не считал, что снижение его компульсий — это то, что он действительно хочет. Путем определения целей мы также подчеркиваем, что изменения возможны. Этим мы обращаем внимание пациента скорее на будущие возможности, чем на нынешние трудности и проблемы. Это также укрепляет осознание того, что пациент — активный член терапевтических отношений, что необходимо его полное участие в этом процессе. Постановка целей помогает создать структуру лечения. Это снижает риск того, что придется принимать чрезвычайные меры. Кроме того, пациент готовится к определенно продолжительности терапии. Понятно, что при достижении целей терапия будет закончена или что она будет прекращена в случае, если не удастся добиться прогресса. Это не значит, что цели во время лечения не могут быть пересмотрены. Это должно быть сделано открыто, при взаимном сотрудничестве с пациентом, чтобы уменьшить риск, что терапевт и пациент преследуют разные цели лечения. Наконец, постановка целей предоставляет возможность оценить исход терапии непосредственно по отношению к проблемам, с которыми пациент обращался.

4.11. Терапевтический план

После определения проблем и целей можно приступать к лечебному планированию. Когда пациент обращается более чем с одной проблемой, необходимо договориться о том, на какой проблеме сфокусировать внимание в первую очередь.

При планировании лечения мы ориентируемся на одну, максимум на 2 цели и ведем пациента к тому, чтобы свои проблемы он решал постепенно. При выборе главной проблемы мы должны совместно с пациентом усвоить следующее:

1. Это должна быть проблема, имеющая большую вероятность того, что пациент будет способен ее решить.
2. Решение проблемы должно принести облегчение и улучшение качества жизни.

В терапевтическом плане на основе бихевиорального анализа мы должны определить, какие процедуры являются самыми подходящими. Мы периодически проверяем, приводят ли они к желаемому изменению или нет. В случае если изменения нет или они недостаточны, повторно анализируем проблему в деталях, затем ищем более успешную процедуру. После достижения поставленной цели можно перейти к следующей проблеме.

С пациентами мы обычно работаем один раз в неделю в течение 5—20 сеансов. Основной целью *первой части лечения* является уменьшение симптомов. Для этих целей служат когнитивная реструктуризация, планирование времени, экс-

позиция, тренировка дыхания, релаксация и другие методы (см.: Стратегии лечения и конкретизации при индивидуальных расстройствах).

Во *второй части* терапии мы фокусируем внимание на проблемах, которые связаны с расстройством: как правило, это проблемы партнерских, сексуальных, рабочих или социальных отношений.

Лечение обычно начинают с образовательной программы. Пациент получает адекватную информацию о расстройстве, которым он страдает, а также текст, в котором кратко излагается данная информация. Модель расстройства представлена непосредственно симптомами, которые пациент указал при обследовании. Образовательная программа для большинства расстройств рассматривается (если речь не идет о пациентах с расстройством личности, тяжелой депрессией или о пациентах, страдающих острым психозом) на первом (при необходимости — на втором) сеансе.

Следующим шагом является *когнитивная реструктуризация,* т. е. модификация негативных автоматических мыслей с использованием специальных методов.

Мы стремимся сократить негативные эмоции при проблемном поведении, чтобы научить пациентов распознавать, оценивать, контролировать и изменять АНМ, которые относятся к нежелательным эмоциям или поведению. Для этих целей существует множество когнитивных и бихевиоральных методов.

На следующем этапе мы сосредоточимся на *специфических методах,* предназначенных для индивидуальной проблемной области. Например, при депрессии мы начинаем с постепенного повышения активности, при невротических тревожных расстройствах мы сосредоточимся на внешних или внутренних раздражителях, при расстройстве личности мы обучаем пациентов специфическим методам, которые позволяют им справляться с аффектами, осваивать коммуникационные навыки, увеличивать межличностную чувствительность (см. специальные главы). Для пациентов с социальной фобией необходимо проводить тренинги для развития социальных навыков.

У многих пациентов после устранения симптомов расстройства полностью выявляются их жизненные проблемы — чаще всего партнерские, семейные, сексуальные или трудовые. Важно, чтобы в подобных случаях последовало *решение проблем* и очень часто даже изменение более глубокого когнитивного регулирования малоадекватных *когнитивных схем.*

В конце терапии мы вместе с пациентом изучаем методы, которые могут быть использованы при рецидиве (*профилактика рецидивов),* и обсуждаем следующие жизненные шаги, которые его ожидают (например, выход на работу в случае ограниченной трудоспособности).

В табл. 4.2 приведен пример распределения терапевтических методов для 16 сеансов при неосложненном депрессивном или тревожном расстройстве. Очевидно, что распределение этих методов с течением времени может быть индивидуально различным.

Таблица 4.2. Отдельные шаги терапии при депрессивном или тревожном расстройстве

Часть лечения	**Стратегия**	**Количество сеансов**	**Частота**
А. Контроль симптомов	1. Образование: модель расстройства / стрессовая реакция	1 — 2	1 — 2 раза в неделю
	2. когнитивная реструктуризация	2 — 12	1 раз в неделю
	3.обучение успокаивающему дыханию / релаксация / планирование деятельности/экспозиция / обучение социальным навыкам	3 — 12	
Б. Профилактика рецидивов	Решение проблем и работа с когнитивными схемами	13 — 18	2 раза в месяц

4.12. Окончание лечения

КБТ представляет процесс обучения. Пациент во время терапии учится, как избавляться от текущих и будущих проблем, самостоятельно, как в случае необходимости, стать терапевтом для самого себя.

До окончания терапии терапевт с пациентом должны сосредоточиться на проблемах, которые могут возникнуть в будущем. Они рассматривают ситуации, которые пациент знает из своего прошлого, которые активизировали его дисфункциональные убеждения и которые, скорее всего, могут появиться в будущем. Они также рассматривают другие ситуации, которые пациент не испытал, но которые могут произойти через неделю, месяц, год и будут означать для него нагрузку. Для таких ситуаций необходимо составить стратегию поведения.

Если пациенту удалось освоить терапевтические методы и достичь своих целей. Целесообразно организовать контрольную встречу по истечении одного, 3 или 6 мес. после окончания лечения. Это уменьшит озабоченность пациента по поводу окончания лечения и позволит определить, сохраняются ли достигнутые результаты.

Подготовка к окончанию терапии проходит в течение нескольких сеансов. Пациент, как правило, посещает сеансы (первоначально один раз в неделю, в конце лечения 1 раз в месяц). Он управляет своими проблемами самостоятельно. Между сеансами фактическое прекращение терапии может быть связано с отрицательными когнициями. Некоторые негативные центральные убеждения могут быть активированы, и пациент в состоянии это предсказать, осознать и, возможно, когнитивно реструктурировать.

Перед окончанием лечения можно попросить пациента написать составить обзор навыков, методов и подходов, которым он во время терапии научился или которые он приобрел. Затем необходимо с ним обсудить, как это можно использовать в будущем.

Литература

Barlow D. H., Hayes S. C., Nelson R. O. The scientist practitioner. Oxford: Pergamon, 1984.
Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F. et al. Cognitive therapy of depression. NY: Guilford Press, 1979.

Beck A. T., Emery G., Greenberg R. L. Anxiety Disorders and Phobias — a cognitive perspective. NY: Basic Books, 1985.
Beck J. S. Cognitive approaches to personality disorders// Wright, J. H., Thase, M. E. (eds.) Cognitive therapy. Review of Psychiatry. 1997. № 16. Section I.
Beck A. T., Weishaar M. Cognitive therapy// Freeman A., Simon K. M., Beutler L. E (eds.) Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. NY: Plenum Press, 1989.
Beck A.T. et al. Cognitive therapy of depression. NY: Guilford Press, 1979.
Cautela J. R. Covert sensitization. Psychol. Rev. 1967. № 20.
Clark D. M. A cognitive model of panic attacks// Rachman S., Maser J. D. (ed.) Panic: psychological perspective. New Jersey: Elbaum, 1988.
Clark D. M. Anxiety states: Panic and generalized anxiety// Hawton K., Salkovskis P. M, Krik J., Clark D. M. (eds.) Cognitive behavioral therapy for psychiatric probléme: A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 1989.
Clark F. M., Proudfit H. K. The Prejection of Locus Coeruleus Neurons to the Spinal Cord in the Rat Determined by Anterograde Tracing Combined with Immunocytochemistry. Brain Res. 1991. № 538.
D'Zurilla T. J., Goldfried M. R. Problem solving and behaviour modification. J. Abnorm. Psychol., 1971. Fennel M. J. V. Deprese// Hawton K., Salkovskis P. M., Kirk J., Clark D. M. (eds.) Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. Oxford: Oxford University Press, 1989 (перевел Петр Можны).
Fliegel S. Selbstverbalization und Angstbewältigung// Linden M., Hautz inger M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg: Springer, 1993.
Friedman E. S., Thase M. E., Wright J. H. Cognitive and behavioral therapies// Tasman A., Kay J., Lieberman J. A. (eds.). Psychiatry, 2nd ed., London: Wiley, 2003.
Gelder M. G., Marks I. M., Wolff H. E. et al. Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: a controlled inquiry. Br. J. Psychiatry. 1967. № 113.
Goldfried M., Decenteceo E., Weinberg L. Systematic rational restructuring as a self-control technique. Behavior Therapy. 1974. № 5.
Hawton K., Kirk J.: Problem solving// Hawton K. et al. (eds.) Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
Johnstone P., Zolese G. Length of hospitalization for those with severe mental illness (Cochrane Review)// The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 1999.
Kennerleyová H. Jak zvládat úzkostné stavy. Praha: Portál, 1998.
Kirk J. Kognitivně behaviorální vyšetření// Hawton K., Salkovskis P. M., Kirk J., Clark D. M., (eds.) Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. Oxford: Oxford University Press, 1989 (перевел Петр Можны).
Kratochvíl S. Základy psychoterapie. Praha: Portál, 1997.
Lazarus A. A. Learning theory and the treatment of depression. Behav. Res. Ther. 1968. № 6.
Meichenbaum D. Stress Inoculation Training. NY: Pergamon, 1985.
Melges F. T. Time and the Inner Future. NY: Wiley, 1982.
Miller W. Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural Psychotherapy. 1983. № 11. Öst L. G. Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. Beh. Res. Ther. 1987. № 25.
Praško J., Šlepecký M. Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch. Psychiatrické centrum, Zprávy, Praha. 1995. № 127.
Praško J., Prašková H. Asertivitou proti stresu. Praha: Grada, 1996.
Praško J., Kosová J., Pašková B. et al. Farmakoterapie a psychoterapie v léčbě sociální fobie z pohledu dvouletého katamnestického sledování: Závěrečná zpráva grantu IGA. MZ ČR, 2000.
Praško J., Pašková B., Horáček J., Fremund F. Somatoformní poruchy. Praha: Galén, 2002.
Prašková H. a Praško J. Úzkostné a fobické poruchy. Praha: Galén, 1999.
Procházka J., DiClementi C. Transteoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy. 1982. № 9.

RachmanS. J., Hogson R. Obsessions and compulsions. Englewood Cliff s (NJ): Prentice Hall, 1980.
Salkovskis P. M. Somatic problems // Hawton K. et al. (eds.) Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
Soukupová N., Praško J. Skupinová kognitivně-behaviorální terapie u panické poruchy. Psychiatrie, 2001.
Sperry L. Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorder. London: Taylor and Francis Group, 1999.
Suinn R. M., Richardson F. Anxiety management training: a non-specific behaviour therapy programme for anxiety control. Behaviour Therapy. 1971. № 2.
Young J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota (FL): Professional Resource Exchange, 1994.
Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. Schema therapy: A practitioner's guide. NY: Guilford Press, 2003.
Wilson R. R. Don't panic: Taking control of anxiety attacks. NY: Harper & Row, 1987.

5. Структура сеанса КБТ

Ян Прашко, Петр Можны, Милош Шлепецки

КБТ предполагает четкую структуру отдельных сеансов. Терапия проходит более естественно, когда пациент согласен с определенной структурой с самого начала сеанса. Типичная структура сеанса *измерение* (шкалы), *обсуждение домашних заданий; события, произошедшие после прошлого сеанса*; *обсуждение вопросов повестки дня* (что будет происходить на сеансе, какая проблема будет решаться), *работа по выбранной проблеме или проблемах, домашнее задание, обзор сеанса и его оценка со стороны пациента.*

Терапевтические встречи с пациентом чаще всего происходят в клинике или психиатрическом учреждении, но могут происходить в другой обстановке (в машине или квартире пациента). Встреча может быть индивидуальной, групповой, партнерской или семейной. Однако сеанс всегда имеет заранее оговоренную структуру и продолжительностью от 10 мин до 3 ч (например, при углубленном сеансе с пациентом, страдающем обсессивным расстройством), но, как правило, 45—60 мин.:

Структура терапевтического сеанса:

1. Приветствие, измерение (2—5 мин).
2. Вопросы, обсуждаемые на каждом сеансе (10—15 мин):
- Домашнее задание. Как все прошло? Проблемы? Чему пациент при этом научился?
- События после последнего сеанса, в том числе улучшение и ухудшение (что важного случилось в жизни пациента).
- Оценка предыдущего сеанса.
- Обсуждение программы (над чем мы будем работать на этом сеансе — над какой проблемой, каким методом).
3. Главная тема(ы) сеанса (20—60 мин) — работа над выбранной проблемой:
- Анализ проблемы.
- Использование терапевтических методов (обучение, тренинг, релаксация и др.).
- Включение в контекст лечения.
4. Домашнее задание (5—10 мин) — вытекает из решаемой проблемы:
- Задание (в письменной форме).
- Смысл домашнего задания.
- Возможные проблемы во время его выполнения.
5. Окончание встречи (2—5 мин):
- Подведение итогов и обратная связь от пациента. Все ли он понял? Как себя чувствует?
- Назначение даты следующего сеанса, прощание.

1. Начало и определение программы сеанса (2—5 мин)

Прежде чем мы начнем, я хотел бы поговорить о программе сегодняшнего сеанса. Мы должны решить, чем мы сегодня будем заниматься. Таким будет начало каждого сеанса. Цель в том, чтобы мы всегда занимались вопросом, который, по мнению нас обоих является самым важным. Вас это устраивает?

В дополнение к перечислению основных тем сеанса, программа включает обсуждение событий, которые происходили после предыдущего сеанса, его оценка и обсуждение выполненного домашнего задания.

2. Вопросы, обсуждаемые на каждом сеансе (10—15 мин)

Обсуждение событий, произошедших после предыдущего сеанса. Как у него дела, не случилось ли что-то серьезное, что потребует первоочередного обсуждения. Необходимо обсудить наличие симптомов, их качество, продолжительность, интенсивность, автоматические мысли и поведение, возможные причины, если пациенту удалось их установить.

Оценка предыдущего сеанса. Надо выяснить, осталось ли что-то из последнего материала без внимания. Мы можем спросить следующим способом:

Вы думали о проблемах, о которых мы говорили в прошлый раз? Вам удалось еще что-нибудь выяснить, что вы хотели бы мне сказать? Вы думали о том, как на вас подействовал последний сеанс?

Эти вопросы показывают пациенту, насколько важно заниматься проблемами, рассматриваемыми во время сеанса, и в период между сеансами.

Обсуждение домашнего задания. Если мы проверяем домашнее задание нерегулярно, пациент перестанет считать их важными и не будет выполнять. В большей степени выяснить когнитивные дисфункции пациента, чтобы его укрепить. Уже тот факт, что пациент его выполнил, необходимо должным образом оценить. Качество выполнения оцениваем отдельно.

Как вам удалось справиться с домашним заданием? Возникли ли у вас какие-либо трудности в их реализации? Какие? Как вы с этими трудностями могли бы справиться в следующий раз? Что вы узнали при выполнении домашних заданий? Это может помочь вам в решении других проблем?

3. Главная тема сеанса (20—60 мин)

По поводу главной темы терапевту с пациентом необходимо договориться. Она варьирует в зависимости от характера проблемы и определенной стратегии. Речь может идти об обучении работы с мыслями, интероцептивному восприятию, дыхательной гимнастике, об обсуждении актуальных конкретных проблем в жизни пациента и поиске способов их решения либо о проработке длительных проблем (на работе, в браке). Или это может быть обучение коммуникативным навыкам, релаксации, ролевым играм. Когда кажется, чт. е. несколько важных вопросов одновременно, терапевт с пациентом должны договориться о том, которому из них они придадут преимущественное значение. Подобным образом, когда появляется тема, которая первоначально не была включена в программу сеанса, необходимо договориться о том, стоит сменить тему или продолжать в соответствии с установленной программой. Лучше тщательно сосредоточиться на одной или двух темах, чем затронуть несколько тем и ни по одной не прийти к конечному результату. То, чему пациенты научатся при тщательном решении одной проблемы, они могут применять для решения других. Обучение дыхательной гимнастике, интроцептивному восприятию или релаксации мы всегда включаем в конце главной темы сеанса.

4. Домашнее задание (5—10 мин)

КБТ отличается от других психотерапевтических направлений тем, что включает домашнее задание как обязательный компонент. Выполняя домашнее задание, пациент принимает активное участие в терапии и берет на себя ответственность за ее прогресс. Методы и навыки, которые он усвоил в рамках сеанса, пациент испытывает в реальных ситуациях и в естественной среде. С помощью домашних заданий он также проверяет гипотезу, которая возникла во время разговора с терапевтом («Если бы я пошла одна на улицу, мне стало бы настолько плохо, что я могла бы потерять сознание либо полностью потерять контроль»). Благодаря выполнению домашних заданий основная часть терапии происходит в период между (а не во время) сеансами. Домашнее задание позволяет пациенту стать самостоятельным и способным справляться с проблемами после окончания терапии.

Домашнее задание наиболее эффективно, вероятность его успешного выполнения высока, если (Fennell, 1989):

— логически вытекает из тем, обсуждаемых в ходе сеанса, и указывает на методы, которым клиент в ходе сеансов обучился;
— ясно и конкретно сформулировано, возможно с легкостью определить, достигает ли клиент успеха в достижении поставленных задач и в какой степени (например, «Каждый день выйти в одиночку из дома на 30 мин», а не «Начать выходить из дома одной»);
— клиент четко понимает его смысл («Чтобы подтвердить ваше убеждение в том, что вы потеряете сознание, если будете находиться на улице одна» или «Чтобы вы сами убедились, что ваше беспокойство будет в этой ситуации постоянно увеличиваться, будет одинаковое или по истечении определенного времени спадет») и верит в то, что сможет его выполнить;
— сформулировано таким образом, что неудача в данном случае невозможна, потому что пациент в любом случае узнает что-то полезное, что ему может помочь при последующей терапии;
— во время сеанса мы пытаемся предвидеть возможные сложности, которые могли бы препятствовать выполнению домашнего задания, и разработать способы их преодоления.

Для повышения вероятности того, что пациент справится с домашним заданием, целесообразно, представить его в письменном виде. Пациент при выполнении заданий должен вести записи по предварительно подготовленной форме. Эти записи служат основой для обсуждения домашнего задания на следующем сеансе и позволяют оценить изменения, достигнутые во время лечения («Месяц назад вы были в состоянии выйти одна на улицу только на полчаса, и Ваш уровень тревожности достигал 9 баллов, а сейчас вы были одна на улице более часа, ваш уровень тревожности не превышает 5 баллов»).

Поскольку терапия должна в первую очередь внушать пациенту уверенность в себе, необходимо, чтобы домашние задания были для пациента выполнимыми. С другой стороны, так как клиент должен во время терапии лучше справляться с проблемами и неприятными состояниями, необходимо, чтобы пациент напрягался и преодолевал определенные неприятные чувства и эмоции.

Даже если мы будем следовать этим правилам, мы можем столкнуться с тем, что пациент не выполнит согласованное домашнее задание. В этом случае необходимо выяснить, почему так произошло:

— действительно ли он понял, какое задание ему необходимо выполнить и какое оно имеет значение;
— является ли для него выполнение именно этого задания важным, имеет ли он для этого достаточную мотивацию;
— не помешали ли ему непредвиденные обстоятельства для;
— не было ли при его текущем состоянии оно слишком трудным.

Невыполнение домашнего задания, следовательно, мы рассматриваем не как проявление сопротивления или отсутствия моральных устоев пациента, а как проблему, которую вместе с ним пытаемся решить. Нельзя вызывать у пациента чувство вины и критиковать его.

С другой стороны, если даже после тщательного обсуждения домашнего задания пациент даже не попытается его выполнить, не принесет записи и не сможет объяснить причину несоблюдения взаимного соглашения, необходимо вернуться к анализу проблемы и к целям терапии. Необходимо уточнить, является ли проблема, которую мы пытаемся решить, действительно серьезной для пациента; является ли цель, которую он пытается достигнуть, желаемой, является ли способ ее достижения, который предложил терапевт, для него приемлемым. Если пациент упорно избегает выполнения домашних заданий, то мы не можем достигнуть прогресса в КБТ.

5. Окончание сеанса (2—5 мин)

В конце терапевтического сеанса, прежде чем назначать дату следующей встречи, уместно наладить обратную связь пациента. Во-первых, мы просим пациента, чтобы он *кратко рассказал, чему он на данном сеансе научился*. Во-вторых, необходимо определить, как пациент во время сеанса себя *чувствовал*, доволен ли он этой встречей. Мы даем ясно понять, что открытое выражение собственного мнения приветствуется, потому что дает возможность избежать недоразумений и учитывать потребности пациента.

Проблемы с определением структуры сеанса

Некоторые пациенты, особенно с расстройством личности, неохотно соглашаются на то, чтобы сеанс имел какую-либо структуру. Они требуют от терапевта, чтобы тот выполнял их немедленные потребности, которые могут меняться от одной крайности к другой («Я хочу, чтобы кто-то просто выслушал меня, понял и во всем со мной согласился. Я хочу, чтобы вы мне продиктовали, что именно я должен сделать, чтобы мой муж стал ко мне лучше относиться»). Терапевт предлагает альтернативный метод структурированного сеанса и целой программы, но часто необходимо найти компромисс с пациентом, который удовлетворил бы обе стороны. По этой причине КБТ расстройства личности, как правило, имеет более консистентную, непротиворечивую структуру, чем другие расстройства.

Например, пациентка с истерическим расстройством личности имеет потребность в начале сеанса говорить сама, без какого-либо вмешательства со стороны терапевта. Можно заранее с ней договориться, нуждается ли она в комментари-

ях терапевта по поводу ее высказываний. Затем может последовать обсуждение домашнего задания и других вопросов на основе утвержденного плана. Мы настаиваем на том, что сеанс должен иметь относительно конкретную структуру и правила, а также определенное время. Если пациент не хочет согласиться с этими правилами, мы должны выяснить причины, которые ему в этом мешают. Иногда нужно несколько сеансов, прежде чем удастся найти структуру, которая будет приемлемой для обеих сторон. Если требование пациента является экстремальным и он на нем настаивает, терапевт может предложить эксперимент. Он проведет несколько сеансов в соответствии с представлениями пациента, а затем выяснит, был ли пациент удовлетворен этими сеансами и какую пользу эти сеансы ему принесли. Найти более последовательную структуру отдельных сеансов может быть проблематично, особенно для пациентов, которые имеют дисфункциональные представления следующего типа (в соотв. с Beck, 1998):

«Если терапевт будет управлять сеансом, то будет управлять и мной (и это будет означать, что я слабый)».

«Если терапевт будет настаивать на том, что надо делать, он по-настоящему не интересуется тем, что я чувствую».

«Если терапевт будет управлять диалогом, он не получит полную картину того, что происходит со мной, не поймет меня и не сможет мне помочь».

«Когда терапевт будет спрашивать меня о том, что я хочу решить во время сеанса, я могу ему предложить небольшую проблему для решения».

В этой ситуации терапевту необходимо понять, являются ли эти убеждения действительными и не приведет ли это к усилению недоверия к терапии в целом. Что касается последнего, то целесообразно минимально структурировать несколько первых сеансов и постепенно укреплять структуру сеанса до того момента, когда уже будут созданы более стабильные терапевтические отношения.

Литература

Beck J. S. Cognitive approaches to personality disorders// Wright, J. H., Thase, M. E. (eds.). Cognitive therapy. Review of Psychiatry, 1997: 16, Section I.

Fennel, M. J. V. Deprese// Hawton K., Salkovskis P.M., Kirk J., Clark D. M. (eds.). Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems, Oxford University Press, 1989 (перевел Петр Можны).

6. Терапевтические отношения в КБТ

Ян Прашко, Петр Можны, Милош Шлепецки

Бихевиоральные терапевты первоначально не придавали большого значения терапевтическим отношениям. Они были убеждены в том, что лечит сам метод. Исследования в рамках различных психотерапевтических школ, однако, убедительно доказали важность совокупности совместных факторов различных психотерапевтических подходов. На практике терапевт в динамической психотерапии не отказывается от бихевиоральных методов — релаксации, бихевиоральных ролевых игр, а бихевиоральный терапевт, наоборот, формулирует обычно связанные с динамической терапией характеристики в том случае, когда он подчеркивает, что достижимое и измеримое терапевтическое изменение возможно только в контексте терапевтических отношений. Эти данные привели к созданию метатеории психотерапии. В то время как эклектика является простым смешиванием различных методов и процедур, метамодель психотерапии (концепция общих факторов) описывает механизм, применяемый ко всем формам лечения.

6.1. Фазовая модель процесса КБТ

В рамках когнитивно-бихевиорального терапевтического подхода используется фазовая модель (в соотв. с Kanfer и Grimm). Это модель создает своеобразный мостик между социальным влиянием и структурированием терапевтических отношений и процессов, что является характерным для КБТ. Терапия в этом случае понимается как процесс кооперативного решения проблемы. Структура и управление терапией описываются как терапевтический процесс принятия решений во время обследования и планирования лечения с возможным дополнением межличностных аспектов. Это *семифазовый процесс* (Zbytovský, 2002):

1) определение роли и развитие терапевтического альянса;
2) создание готовности (воли) к изменению;
3) бихевиоральный, когнитивный и функциональный анализ;
4) программа лечения;
5) лечение;
6) контролирование и оценивание;
7) генерализация прогресса в лечении.

Результаты научных исследований большого количества специфических терапевтических методов, которые мотивируют пациентов, позволили выявить аспекты этих методов, которые укрепляют формирование терапевтических отношений в начале или во время терапии (Zbytovský, 2002):

А. Акцент на профессионализм:1) терапевт создает доверие к себе как к профессионалу; 2) терапевт поддерживает доверие к терапевтическому методу; 3) терапевт предоставляет информацию.

Б. Повышение привлекательности: 1) терапевт безусловно принимает пациента; 2) терапевт доброжелателен; 3) терапевт эмпатичен.

В. Создание рабочего альянса: 1) терапевт поощряет активное участие в лечебном процессе; 2) Терапевт осуществляет давление; 3) терапевт в терапевтические отношения включает третье лицо.

Г. Помощь в процессе изменения:1) терапевт утверждает медицинскую процедуру; 2) терапевт предоставляет поддержку; 3) терапевт предлагает помощь.

Д. Изменение подхода.

6.2. Установление и поддержание терапевтических отношений

В последние годы необходимость в установлении качественных терапевтических отношений особенно подчеркивается в рамках КБТ. Терапевт работает над этим, начиная с первой встречи с пациентом, выступает в роли эксперта, который предлагает помощь, но в то же время устанавливает взаимное сотрудничество. Тогда начинают проявляться переносные и контрпереносные реакции, определяется мотивация пациента к лечению. Очень важен способ межличностного реагирования. Терапевт сосредоточен на собственных социальных навыках и использует их, чтобы создать атмосферу, в которой терапия становится привлекательной для пациента.

Что такое психотерапевтические отношения? Это особая связь между пациентом и терапевтом, которая возникает в процессе лечения и основана на чувстве безопасности для пациента. Оно появляется при первой встрече и относится к самым важным факторам психотерапевтического процесса независимо от метода или направления. Каждый контакт терапевта с пациентом имеет терапевтический или антитерапевтический эффект. В этом отношении со стороны пациента выражается доверие компетенции врача и его нормам морали, со стороны терапевта необходимо понимание и принятие пациента, а также уважение к нему. В качестве основы для хороших терапевтических отношений является мотивация пациента к лечению и способность к взаимному сотрудничеству. В некоторых психических расстройствах (и при соматических заболеваниях) мы можем встретить пациентов с нарушением межличностных отношений и с ригидной, неадаптивной системой ошибочных предположений о других людях. Это делает взаимное сотрудничество сложным. Свои предыдущие неприятные переживания пациент переносит на всех людей или авторитеты, в том числе на терапевта. Задача терапевта — не вжиться в роль, к которой его иногда провоцирует пациент, но вести себя аутентично, с пониманием некоторых его неадекватных проявлений. К самому сложному в хорошей психотерапевтической работе безусловно относится избегание комплементарного поведения, например, не отвечать на агрессию пациента агрессией, не позволять расслабиться при чрезмерной лояльности пациента. Во всех психотерапевтических школах акцент делается на конгруэнтность (искренность) терапевта, эмпатию (способность сопереживать) и принятие пациента. Помимо основных предположений в различных терапевтических направлениях принимается мера директивности в отношении врач — пациент. При директивном подходе терапевт предоставляет пациенту информацию и указания для лечения. Директивный подход обычен в классической бихевиоральной тера-

пии, при суггестивных методах и в целом в психотерапии, направленной на облегчение симптомов. Недирективные методы ведут пациента к более открытому выражению своей неуверенности и конфликтам; терапевт пытается внести свой вклад в развитие его личностной зрелости, помогая понять его личность с помощью обратной связи и конфронтации с действительностью. Вместо предоставления инструкции обсуждаются различные альтернативы поведения и управления проблемами. Недирективный метод типичен для эмпирических психотерапевтических направлений. КБТ использует оба подхода. На определенных этапах (например, в начале) и с определенными пациентами (например, умственно отсталыми) терапевт должен работать более директивно, на других этапах лечения или при работе с умственно способными пациентами используются недирективные подходы.

Терапевт в КБТ выступает в роли эксперта по решению психологических проблем. Он способен предоставить пациенту общую информацию о механизмах формирования и поддержания его проблем и научить его методам, с помощью которых он может справиться с трудностями. Роль терапевта КБТ больше всего похожа на профессию учителя. Пациент считается скорее студентом, воспринимается не как больной, а как человек с проблемой. Терапевт учит его методам, с помощью которых он сможет с ней справиться. Если терапия происходит в группе, то он на самом деле становится школьным классом. Материал изучает в форме домашних заданий, выполнение которых терапевт проверяет и стимулирует усилия пациента положительной обратной связью. Нельзя критиковать пациента, если он не может выполнить домашнее задание, надо предложить ему другое задание либо упростить первоначальное и предложить перейти к его выполнению более мелкими шагами. Поведение терапевта характеризуется активностью, ясностью и откровенностью, должно внушать оптимизм, демонстрировать убеждение, что проблемы разрешимы и можно найти способ их решения вместе с пациентом. При КБТ важны те же характеристики терапевта, что и в других психотерапевтических направлениях. Необходимо, чтобы пациент чувствовал себя в безопасности, был уверен, что может открыто говорить о серьезных и часто неприятных для него темах. Для этого требуется теплая и уютная атмосфера без цензуры. Терапевт с эмпатической установкой, который действительно имеет намерение помочь пациенту преодолеть его нынешние трудности, должен обладать общими характеристиками хорошего психотерапевта — сопереживанием, конгруэнтностью, выражением поддержки и тепла, доверием, положительным эмоциональным участием и независимостью.

В начале работы с пациентом терапевт должен быть активным. Содержание каждой автоматической мысли рассматривается как гипотеза, которая проверяется двумя учеными. Они собирают данные, подтверждающие или опровергающие эту гипотезу (Rush, 1982). Для укрепления рационального взаимного сотрудничества терапевт шаг за шагом направляет процесс, при котором пациент получает указания и дополнительные материалы для чтения. Активное сотрудничество пациента и терапевта может изначально усложняться недостатком энергии или мотивации, а также трудностями с концентрацией внимания. По этой причине терапевт разрабатывает план лечения, учитывая возможности пациента,

и ставит ему адекватные задачи. Терапевт инструктирует пациента, советует ему, как мыслить рационально, активно ориентирует его при систематическом тестировании реальности, указывая ему на автоматические мысли, помогает выявлять дисфункциональные мысли при описании пациентом его недавнего опыта, рассматривает с ним домашнее задание, дает конкретную информацию. На протяжении всего лечения он поддерживает положительный альянс, избегает подкрепления переноса, который может привести к разочарованию и дисфорическим реакциям. Эти реакции не всегда можно избежать. В этом случае важно обработать их путем тестирования (в реальности): пациент опишет все соответствующие свойства терапевта и логически проанализирует, как и другие когнитивные дисторсии (искажения). Balcar (199 направляет процесс 2) уподобляет терапевтические отношения в когнитивной терапии следующим образом:

Человек срывается, он не в состоянии себе помочь. Даже терапевт не может для него ничего сделать. Поэтому они объединяются для того, чтобы терапевт научил пациента определенным навыкам. Терапевт помогает создать что-то новое, но только для того, чтобы с помощью этих навыков пациент помог себе сам.

Важным аспектом КБТ является продвижение к независимости пациента, который самостоятельно исследует проблему, выполняет домашние задания между сеансами, создает собственные гипотезы о проблеме и о возможностях ее решения.

Работа терапевта может отличаться в зависимости от фазы терапии и типа проблемы. Специфической особенностью терапевтических отношений является так называемое эмпирическое сотрудничество: терапевт и пациент создают что-то вроде научной группы, которая изучает проблемы пациента. Оба участника равноправны, о каждом шаге совместно дискутируют, используют обратную связь. Для хорошей совместной работы при решении проблем требуется приятная, положительная атмосфера. В команде все равны в том смысле, что каждый может высказать собственное мнение и предложить соответствующие методы решения. В то время как терапевт больше общих знаний в области психопатологии и психотерапии, пациент имеет больше знает о проблеме. Терапевт должен уметь приспособиться к возможностям и способностям пациента, принять во внимание его текущее состояние, например, недостаток энергии, трудности в концентрации внимания, подавленное настроение. Домашние задания всегда являются результатом взаимной договоренности. Если пациент не выполнил определенное домашнее задание, терапевт не должен его за это критиковать и обвинять за отсутствие мотивации, а сосредоточиться на причине этой неудачи, чтобы в следующий раз пациент справился с заданием. Терапевт не выступает в роли мудреца, который все знает, принимает таинственный вид и не договаривает какие-либо моменты. На вопросы пациента он пытается ответить честно, открыто ему сообщает о наблюдениях, гипотезе, обсуждает ее с пациентом, а затем они проверяют ее достоверность. Важно с самого начала установить рамки взаимного сотрудничества:

Терапевт: В течение следующих 12 недель мы будем работать вместе и все решения мы должны принимать совместно. Существуют ли какие-либо трудности, которые помешают это сделать?

В самом начале терапии пациент должен быть проинформирован о том, что КБТ в большей части является самопомощью. Пациент сам будет обучаться, как решать проблемы, повышать свою активность и преодолевать свои трудности. Терапевт лишь помогает ему искать проблемы, определять цели и обучать его терапевтическим методам, которые пациент, однако, должен использовать самостоятельно в повседневной жизни. Основная часть лечения должна происходить вне сеансов. Пациент должен выполнить на практике то, чему он научился с врачом. Терапевтические отношения основаны на взаимном сотрудничестве. Терапевт ожидает, что пациент будет активно сотрудничать как при сборе информации, использовании обратную связь, так и в поисках собственных подходов. Чтобы эти условия пациент смог принять, ему необходимо доверять терапевту. Сам он часто обращается за помощью с ожиданием значительного доминирования и директивности терапевта, другое распределение отношений его может удивить. Ошибочным, но частым является мнение, что терапевт будет решать проблемы пациента с помощью советов. Тем не менее установка отношений равноправного взаимного сотрудничества в решении проблем является необходимой. Это предотвращает нерациональную привязанность пациента к терапевту, его регресс к роли ребенка и на долгое время укрепляет уверенность пациента в способности самостоятельно решать свои трудности.

В создании доверия помогает эмпатия терапевта, его помощь в проблемных зонах, объяснение модели заболевания и подхода к лечению. С начала разговора терапевт должен сосредоточиться на состоянии человека, сидящего перед ним. Это всегда зависит от его внимания и такта. Необязательно узнавать о пациенте конфиденциальную информацию. Это на самом деле неэтично. Однако очень важно узнать все факты, которые касаются проблемы. Важно наметить позитивные ресурсы, которые пациент имеет в наличии, навыки, опыт и обстоятельства, на которые он может опереться. Тогда терапевту легко создать положительный диагноз как противоположность отрицательному, который он профессионально автоматически поставит.

Положительный диагноз необходим для создания терапевтической заинтересованности в поддержании пациента добротой и терпением. Этот диагноз не должен быть ложным пациенту и терапевту нужны реальные точки опоры.

Создание хороших отношений — основа для решения трудностей пациента. Бесконечной и неопределенной терапии мы пытаемся препятствовать с помощью совместной конкретной концептуализации проблемы и целей терапии определениями, которые являются измеримыми, произошедшие изменения очевидны, существует возможность проверить эффективность отдельных стратегий.

Другим важным аспектом терапевтических отношений при КБТ является обучение пациента с помощью имитации поведения терапевта. Терапевт должен быть для пациента образцом того, как относиться к другому человеку, доверять ему, быть правдивым, вдумчивым и естественным.

Даже в случае если терапевт считает, что определенная мысль пациента иррациональна, он не должен его поучать и навязывать другое, более позитивное альтернативное мышление. Вместо этого он должен негативную мысль пациента рассматривать как гипотезу, для подтверждения или опровержения которой при

взаимном сотрудничестве с пациентом собираются доказательства. Терапевт не должен пытаться отвергать негативные мысли пациента, он должен задавать разные вопросы и планировать разнообразные бихевиоральные эксперименты. Это поможет пациенту изменить негативные мысли и найти свои собственные ответы.

Что необходимо пациенту

Уже после первого разговора можно определить степень доверия пациента к лечению и его готовность к сотрудничеству. Что необходимо пациенту в начале лечения?

1. Ориентация в ситуации, объяснение, что с ним происходит.
2. Признание расстройства как проблемы, которую можно лечить.
3. Помощь в облегчении и смягчении негативных эмоций (страх, тревога, печаль, беспомощность).
4. Уменьшение чувства вины и предотвращение усугубления психического заболевания.
5. Надежда на излечение и ее постоянная поддержка.
6. Поддержка и принятие — чувство, что пациент со своей проблемой не один.
7. Терпеливое выслушивание терапевтом, принятие, уважение, интерес, понимание и сочувствие.
8. Открытый разговор о его болезни, ее развитии, личной истории.
9. План лечения и разъяснение его порядка.
10. Соответствующая информация о применении лекарственных средств и об основных побочных эффектах.
11. Краткосрочные цели, которые соответствуют возможностям пациента.
12. Систематический неспешный процесс.
13. Возможность активно сотрудничать, совместно участвовать в лечении.
14. Непрерывный контакт, открытое сообщение информации о методах и плане лечения, о любых изменениях.
15. Оценка взаимного сотрудничества.

Первый разговор играет очень важную роль в начале терапии, так как терапевт и пациент акцентируют внимание на том, что происходит. Начинаются терапевтические отношения, обговариваются правила и стратегия лечения. Первый разговор имеет диагностические, определяющие и терапевтические цели.

С помощью использования эмпатических комментариев («Я вас понимаю», «Я понимаю вашу грусть») терапевт дает почувствовать, что он на его стороне. Пациенты чувствительны к банальному оптимизму, они с легкостью могут определить, что эти высказывания отражают потребность в большей степени терапевта, чем их собственные чувства. Многие пациенты имеют тенденцию к нереалистичным ожиданиям от терапевта, а затем может случиться, бывают разочарованы и расстроены, когда узнают, что их состояние не сразу изменится. Необходимо поддерживать их надежду на излечение и указать на продолжительность терапии. С помощью вопросов, ориентирующих на ситуацию, терпеливого выслушивания, чувствительных эмпатических размышлений, объяснения болезни и способа ле-

чения пациент получает уверенность, что его лечат грамотно и с позитивным эмоциональным вниманием. Этому в особенности помогает баланс между рациональностью (информация о болезни, лечении и его стратегии) и эмоциональностью (эмпатия, стимулирование надежды) терапевта.

Пациент может по-разному реагировать на терапевта, начиная с завышенных ожиданий быстрого чуда, отсутствия уверенности в лечении, отказа от лекарств и заканчивая отказом в визитах и т.д. Эти реакции терапевт должен быть готов принять и терпеливо на них реагировать.

6.3. Перенос и контрперенос

При несложных психических расстройствах и при решении простых проблем КБТ занимается анализом терапевтических отношений. Если пациент доверяет терапевту и сотрудничает с ним, то терапевт находится в роли помогающего специалиста, который объясняет пациенту определенные шаги и поддерживает его в самостоятельной реализации. Пациент, как правило, не зависит от терапевта и не нуждается в нем иначе как в качестве эксперта. Отношения в этих случаях не бывают сложными.

Наоборот, для пациентов, страдающих расстройством личности, терапевтические отношения становятся главным в терапии. Их качество определяет тот факт, будет ли пациент продолжать терапию и готов сотрудничать на отдельных ее этапах. Терапевт должен с самого начала демонстрировать, что он принимает пациента такого, какой он есть, чётко отличать различные аспекты поведения и мышления пациента от его человеческого достоинства. Он предлагает совместную оценку ситуации пациентом и его реакций на них, совместное составление плана о том, как изменить отношение и поведение пациента так, чтобы они приносили ему больше удовлетворения. При расстройствах личности терапевтические отношения могут быть использованы для идентификации автоматических мыслей, дисфункциональных предположений и основных убеждений пациента, особенно когда во время сеансов терапии активизируются дисфункциональные мысли, касающиеся отношений между терапевтом и пациентом (Beck, 1997). Проблемное формирование терапевтических отношений может отражать трудности пациента в отношениях вне терапии (перенос), их рассмотрение поможет установить убеждения пациента и его обычные компенсаторные стратегии. Терапевт должен регулярно проверять свои мысли и поведение по отношению к пациенту, которые могут быть основаны на собственных дисфункциональных отношениях. Очень важна супервизия. При лечении расстройств личности или в сложных случаях важным инструментом КБТ становятся терапевтические отношения (Linehan и Kehrer, 1993).

Таблица 6.1. Примеры некоторых видов переноса и возможные реакции терапевта

Тип	Пример типичных мыслей	Эмоциональная реакция	Поведение	Подходящая реакция терапевта
Спокойный, позитивный	«Терапевт хочет мне помочь, понимает меня, он гуманный и любезный, свою работу делает очень хорошо. Он мне поможет»	Приятный настрой	Сотрудничество, готовность выполнять домашние задания	Нет
Восторженный, независимый	«Терапевт такой же замечательный, как и я. Приятно встречаться с таким человеком. Он может мне в что-то посоветовать. Конечно, помочь себе я могу только сам»	Приятный настрой или эйфория при встречах	Желание обсуждать с терапевтом противоположные позиции, слегка соперничать. Домашние задания поочередно делает и не делает, подчеркивает свободу отношений	Открыть нарциссические позиции, обсуждать все преимущества и недостатки в жизни. «Нормализация» — ни один из нас не является более особенным, чем любой другой человек, настаивать на выполнении домашних заданий
Восторженный, зависимый	«Терапевт замечательный. Только он может мне помочь. Без него я потерян. Вместе с ним я смогу все сделать»	Эйфорический настрой чередуется с беспокойством о скором расставании	Пытается прочувствовать нужды терапевта, приносит подарки, лестно о нем отзывается, выполняет домашнее задание. Не уверены, что хорошо, хочет разных заверений, часто требует советов, разъяснений, поддержку	Укреплять независимое поведение. Домашнее задание должно включать самостоятельные шаги. Обсудить зависимые мысли, преимущества и недостатки зависимых позиций и поведения. Не уверять, не советовать и не давать дополнительных объяснений, побуждать к самостоятельной деятельности и решению задач
Эротический	«Терапевт идеальный партнер. Отношения с ним, спасут меня. Было бы замечательно, чтобы быть с ним, заниматься любовью, слиться»	Влюбленность, возможная деперсонализация или транс при контакте	Флирт или, наоборот, застенчивое и зажатое поведение, яркая одежда влюбленные взгляды, фильтрование высказываний (необходимость преподнести себя с лучшей стороны)	До тех пор пока не нарушает лечение — нет надобности поднимать этот вопрос. Если мешает лечению, определить как проблему, обсудить мысли и их влияние на поведение, обсудить источник этой потребности в прошлом, мягко, но четко выразить собственную позицию в терапевтическом отношении

Робкий — недоверчивый	«Терапевт меня может критиковать, сделать мне больно. Он сильный. Когда он узнает, какой я есть на самом деле, отвергнет меня, будет смеяться надо мной, осудит меня»	Страх, тревога, стыд	Трудность зрительного контакта. Что говорит, подвергает цензуре. Скрупулезно выполняет домашние задания. Часто говорит о своей неспособности. Ищет оправдания и объяснения. Рационализация. Не умеет доверять	С приобретением доверия часто замолкает во время терапии. Если дальше мешает лечению, целесообразно открыть как проблему, работать с мыслями, искать источник такой позиции в прошлом, их адаптивную и малоадаптивную сторону, планировать восприятие с проявлением мужества, чтобы открыто себя вести
Воинственный	«Я должен показать свою силу, в противном случае меня лишат свободы и благоразумия. Либо он победит, либо я! Что он вообще себе позволяет! Я должен его поставить на место!»	Злость, ненависть, страх	Воинственный голос и взгляд, вербальная агрессия: обвинения, упреки, угрозы, иногда даже физическая агрессия	Дать обратную связь о том, что мы знаем о его чувствах, с помощью нежелательных вопросов, ассертивным согласием или обратной связью. Позволить ему выразить гнев и обиду, потом обсудить позиции, которые за этим стоят, их корни, проявления в поведении, преимущества и недостатки. Наконец, после спада напряжения выразить свою позицию обратной связью (отделить поведение от человека в целом)
Обидчивый	«Терапевт намеренно наносит мне вред, использует меня в своих целях или для нужд кого-то еще. Он против меня, имеет скрытые мотивы, не действует честно»	Гнев, страх, ощущение угрозы	Закрывается, не говорит о себе, а если говорит, то поверхностно. Может косвенно быть агрессивным, не выполняет домашние задания, пропускает занятия или перестает посещать сеансы	Дать обратную связь, открыто обсуждать ситуацию, помочь выяснить, из-за чего возникла обидчивость, обсудить другие отношения, в которых она появляется. Сопоставить обижающие отношения, их преимущество и недостатки, влияние на поведение. Экспериментировать с доверием
Состязательный	«Пусть он здесь не хвастается. Во многом я лучше. Я ему это продемонстрирую. Не позволю, чтобы он меня унижал»	Напряжение, чередование эйфории, гнева, зависти и беспомощности	Скрытно или открыто состязается, с энтузиазмом разговаривает везде, где ожидает матч. Рационализирует неисполнение домашних заданий или сознательно выполняет их так, чтобы показать, что задание выполнить невозможно	Дать обратную связь по конкретной ситуации. Выявить состязательные мысли и более глубокие позиции, их источники и ситуации, в которых они появляются, поведение, к которому они приводят, а также преимущества и недостатки

Презрительный	«Он не сможет это сделать. Он слабак (дурак, сумасшедший и т.д.). Чем он мне может помочь? Я превосхожу его»	Презрение нетерпеливость, гнев	Показывает свое презрение, с пренебрежениемкомментирует действия терапевта, отказывается делать домашние задания, пропускает занятия либо вовсе перестает на них ходить	Дать обратную связь по поводу конкретного поведения, установить его мысли и позиции, затем установить их происхождение. В каких ситуациях они проявляются, к какому поведению приводят. Преимущества / недостатки для жизненных отношений. Их воздействие на лечение
Ревнивый	«Предпочитает других людей. Я ему не нужен»	Гнев, сожаление	Замкнутость или, наоборот, упреки, иногда взрывы гнева. Наблюдение за длительностью сеанса (своего и других), за проявлениемблагосклонности или неблагосклонности к себе и другим	Спросить о мыслях, связанных с жалостью (травмы в терапевтическом отношении). Помочь открыть мысли, эмоции и поведение, связанны с гневом. Обсудить причины в прошлом (родственные позиции и т.д.) и их влияние на поведение, эмоции и отношения в различных жизненных ситуациях, преимущества и недостатки в отношениях, и в жизни. Как они влияют на лечение
Собственнический	«Он здесь для меня. Он должен всегда находиться в моем распоряжении»..	эйфория-меняется на гнев в зависимости от поведения терапевта	Ведет себя самоуверенно, часто звонит по телефону, приходит вне назначенного времени. Сердится, когда терапевт не может с ним встретиться. Упрекает его или нападает с оскорблениями	Обсудить идеи и позиции, их происхождение в прошлом (обладание как противоположность страха одиночества), мысли, эмоции и поведение при различных отношениях, в том числе терапевтических, в которых проявляется желание обладания, преимущества и недостатки

Таблица 6.2. Примеры контрпереноса и возможные стратегии изменений

Тип контрпереноса	Пример типичных мыслей	Эмоциональная реакция	Поведение	Стратегия изменения
Спокойный, позитивный	«Он мне симпатичен, хорошо со мной работает. Я его поддерживаю, все пойдет хорошо»	Приятный настрой	Взаимное сотрудничество, поддержка, сопереживание, самоотверженность	Нет
Восторженный	«Этот человек исключительный (красивый, оригинальный, интеллектуальный и т.д.)»	Восхищение, очарование	Терапевт делает не достаточное обследование, не проводит терапию. Возможный отказ пациента от сотрудничества. Преуменьшает объем домашних заданий, имеет тенденцию увлеченно разговаривать о своей исключительности	Уточнить собственное отношение, его корни, влияние на поведение, плюсы и минусы для направления в терапию. Необходима супервизия. «Нормализация терапии. Проводить лечение так же, как с другими. Если невозможно изменить поведение и сохранить стандартную терапию, можно передать пациента другому терапевту
Чрезмерно покровительствующий	«Не может справиться в одиночку. Нуждается в помощи, совете. Это будет моя вина, если с ним что-нибудь произойдет»	Страх, неуверенность	Советует, защищает, уверяет, управляет и контролирует пациента. Не дает ему самостоятельно действовать. Скрытно сомневается вспособностях пациента	Уточнить собственные позиции, их корни, влияние на поведение, плюсы и минусы для направления в терапию. Необходима супервизия. Прекратить директивное управление, дать пациенту планировать самостоятельно, перестать его обеспечивать чем-либо. Если так не получится, передать пациента другому терапевту

Эротический	«Он привлекательный (ая), мне бы с ним (с ней) было хорошо. Единственная его (ее) проблема в том, что у него отсутствует нежность (секс, внимание и т.д.). Имеет сексуальные фантазии о пациенте»	Увлечение, транс или деперсонализация при встрече	Флиртует, заметно защищает, «случайно» дотрагивается. Со вкусом, очень часто говорит о сексе. В худшем случае предлагает секс-терапию и с пациентом (пациенткой) имеет сексуальные контакты	Прекратить рационализацию соблазнительного поведения, заставить его признать контрперенос. Получить супервизию, уточнить собственные мотивы, их корни, влияние на поведение, минусы для проведения терапии. Тем не менее, если не получается проводить терапию, передать пациента другому терапевту. Даже если сексуальные отношения были, их не поддерживать
Боязливый	«Он мне может навредить, посмеяться надо мной, отвергнуть меня, показать мне, что я недееспособный, глупый»	Страх тревога, стыд	Говорит тихо, лечение оставляет за пациентом, сам в него не вступает. (Иногда рационализирует это эмпатическимуправлением). Боится сказать то, что думает. С пациентом не обсуждает альтернативные методы	Работать над собой и самопринятием. Если этореакция на агрессивныйперенос пациента, — помочь пересмотреть его реакцию переноса. Всегда необходима супервизия. Если невозможно проводить стандартную терапию, передать пациента другому терапевту
Воинственный	«Он психопат, игнорирующий человек (мало старается, хочет получить выгоду, вторичную прибыль и т.д.). Он мне надоедает. Я ему покажу!»	Гнев, резонанс	Морализует, учит, упрекает, недооцениваетпотребности пациента. У него нет времени. Орет на пациента	Осознать свою агрессивную позициюи поведение, перестать их рационализировать или опираться на мнения пострадавших терапевтов. Уточнить корни этих позиций, влияние на поведение, минусы для проведения терапии. Если далее невозможно проводить стандартную терапию, передать пациента другому терапевту
Недоверчивый	«Что он на самом деле хочет от меня? Он что-то готовит (против меня)!»	Беспокойство, напряженность, гнев	Замкнутость, работает с пациентом только формально. Наблюдает за скрытыми мотивами, пытаетсяотменить терапию.	Работать над собой и самопринятием. Если этореакция на агрессивныйперенос пациента, помочь пациенту пересмотреть реакцию переноса. Всегда необходима супервизия. Если невозможно проводить стандартную терапию, передать пациента другому терапевту

Состязательный	«Пусть он не думает, что может передо мной хвастаться».	Переменное напряжение и гордость	Спорит с пациентом, кто прав, а кто нет. Хвастается и демонстрирует себя. Плохо переносит выигрыш пациента. Мало поддерживает. Не в состоянии прочувствовать что-либо	Работать над собой и самопринятием. Если этореакция на агрессивныйперенос пациента, помочь пересмотреть реакцию переноса. Всегда необходима супервизия. Если невозможно проводить стандартную терапию, передать пациента другому терапевту
Презрительный	«Он глупец (слабый, дурак, истеричный, навязчивый и т.д.). Мне с ним скучно. Пусть он меня уже не беспокоит».	Презрение скука, гнев, гордость	Дает пренебрежительные советы, недооценивает трудности и позиции пациента, насмехается. У него нет времени. Нетерпелив к высказываниям пациента, не прислушивается	Работать над межличностными отношениями. Перейти к обучению (при необходимости к следующему, потому что предыдущее обучение, очевидно, не дало результата). Пересмотреть свои позиции, их происхождение и влияние на других людей. При терапии необходима супервизия. Если и после этих действийневозможно проводить стандартную терапию, передать пациента другому терапевту

6.4. Психогенная ятрогения

Термин «ятрогения» означает болезненное расстройство, причина которого в неправильном поведении терапевта. Это зло, которое, вероятно, не всегда можно избежать, потому что никогда в полной мере неизвестно, что пациент испытывает и как он думает. Тем не менее, если мы по отношению к пациенту чутки и честны, уважаем его и проявляем к нему интерес, риск психогенной ятрогении снижается.

К развитию психогенной ятрогении может привести любая информация, слово, жест, медлительность с ответом, тон голоса, дискомфорт во время исследований, недостаточное объяснение. В частности, к ним относятся заявления, которые имеют характер упрека, порицания («Вы должны были меня раньше слушать») или («Вы невротик, вы ведете себя истерично»). Психологически негативно влияют и такие факты: Заметно, что у терапевта недостаточно времени на пациента, он нетерпелив и невнимателен к тому, что пациент чувствует и о чем думает.

Психогенная ятрогения означает, что происходит временное или постоянное психическое расстройство пациента в результате определенного действия или разговора терапевта либо влияние медицинской среды, в которой находится пациент. Если говорить о психологической травме, речь идет о вызове неадекватного беспокойства, тревоги и страха, которые могут привести к панике, к депрессии или чрезмерному самоанализу, который может повысить иппохондризацию или фобию.

Нежелательное влияние терапевта основывается на способе и манере общения с пациентом. Опасность психогенной ятрогении существует, когда терапевт не

выражается ясно и внятно, что может привести к тревожному состоянию пациента по поводу его здоровья («Что делать, если у меня шизофрения? Что, если мне нельзя помочь?»). Многие пациенты собственной фантазией (например, из отрывочных сведений терапевта) дополняют картину своего состояния в пессимистических красках. Опасность ятрогении возникает, когда терапевт мало говорит с пациентом о его расстройстве и не помогает создавать реальное представление о самом себе. Кроме того, неуместно, когда мы упрекать пациента, ставить перед ним задачи, которые он не в состоянии выполнить и одновременно с этим обещать улучшить его состояние или даже полностью излечить. У пациентов, страдающих сильным тревожным расстройством, этим действием мы ставим под сомнение надежду на перемены к лучшему.

Следующей типичной ятрогенией является недооценка трудностей пациента, если мы не принимаем серьезно проблемы пациента, говоря ему, что его трудности несущественны, что он должен взять себя в руки и т.д. Психически причинить вред пациенту можно не только тем, что терапевт говорит или делает, но и тем, что он не скажет или не сделает. Все сильные или неожиданные вмешательства, к которым пациент не готов, также оказывают сильное влияние (например, терапевт неожиданно требует выполнить трудное задание).

Медицинская среда может действовать сильным ятрогенным способом. Например, когда пациент находится в контакте с тяжелобольными или с людьми, которые часто выражают сомнения по поводу результативности лечения (часто в обычных психиатрических отделениях).

Мероприятия, которых следует избегать терапевту:

1) при страдании больных, исключить фразу «Возьмите себя в руки!»
2) морализировать, проповедовать, обвинять;
3) препятствовать плачу и выражению отрицательных эмоций, — гнева, печали, тревоги, беспомощности;
4) сомневаться в трудностях, их интенсивности, представленной версии болезни, суицидальных намерениях и возможных заблуждениях;
5) обещать быстрое и легкое восстановление;
6) ставить задачи и требования, которые пациент не в состоянии выполнить;
7) поощрять важные решения пациента — поменять работу, место жительства, партнера, уход от родителей и т.д.

Литература

Beck J. S. *Cognitive approaches to personality disorders//* Wright, J. H., Thase, M. E. (eds.). Cognitive therapy. Review of Psychiatry. 1997. № 16. Section I.

Linehan M. M., Kehrer C. A. *Bordeline personality disorder//* Barlow, D. H. (eds.). Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatmentmanual. The Guilford Press. NY, 1993.

Zbytovsky J. *Terapeuticky vztah v KBT.* In: 3. Česka konference kognitivněbehavioralni terapie. Sbornik abstrakt. Kroměřiž, 16—18 května 2002.

7. Методы КБТ

Ян Прашко, Петр Можны

7.1. Привлечение (включение) пациента к лечению

Важнейшей задачей первого этапа терапии является определение, подходит ли пациент для терапии; если да, то мотивировать его к дальнейшему взаимному сотрудничеству. Одним из наиболее важных мотивационных факторов является создание терапевтических отношений, основанных на укрепляемой атмосфере взаимного доверия и уважения. Для налаживания таких отношений необходимо время и следующие навыки терапевта: эмпатическое умение слушать, конгруэнтность в поведении, теплота и неосуждающее принятие пациента.

Пациент должен чувствовать, что его принимают с пониманием, что терапевт верит в него и доступен для диалога. Пациентам с расстройством личности необходимо выговориться, часто приходится преодолевать значительное недоверие к специалисту, проверять его; он не уверен, примет ли его терапевт, не будет ли морализировать, критиковать или смотреть на него свысока. Терапевт должен пробудить надежду пациента на то, что перемены к лучшему возможны. Разъяснение о вариантах лечения усиливает доверие пациента к терапии, и тем самым укрепляет мотивацию. Повышение мотивации к лечению является началом каждой психотерапии, а также основой для сотрудничества при фармакотерапии. Если не получится привлечь пациента к терапии, она не может быть успешной. Нет смысла продолжать лечение.

Первым шагом основных рабочих отношении с пациентом является установление проблем и целей, о которых пациент и терапевт договариваются. Обязанностью терапевта являются наложение взаимного сотрудничества, обращение внимания пациента на то, когда он во время сеанса отклоняется от установленной цели, совместное исследование причин такого отклонения. Важно подчеркивать «мы» с самого начала сотрудничества: «Мы будем вместе искать пути, чтобы изменить ситуацию. Установим цели, над которыми мы будем работать совместно». Терапевт с начала терапии подчеркивает, что успеха можно достичь лишь совместными усилиями, что пациент не может ждать чуда, которое сотворит терапевт. В процессе лечения можно заключить терапевтический договор в письменном виде либо на основе устной договоренности. Это зависит от того, на каких условиях терапевт обычно работает, однако, письменная форма договора является более надежной и для пациента более обязывающей. Договор представляет собой соглашение о количестве сеансов, их частоте, продолжительности, содержании, а также определение проблем, над которыми пациент с терапевтом будут работать, целей терапии, степени ответственности обеих сторон.

Prochaska и DiClemente (1982) на основе сведений о лечении пациентов, которые зависимы от приема алкоголя и наркотических препаратов, описали следующие этапы изменений в психотерапии.

1. *Сопротивление изменениям.* Пациент отрицает расстройство (заболевание) и не мотивирован на какие-либо изменения. Необходимость в терапии испытывают люди из окружения пациента, которые заставляют его посещать психотерапевта. Кроме того, пациент, находящийся на этой стадии, может на основании постановления суда быть принудительно отправлен на лечение.
2. *Предварительное размышление.* Пациент признает, что он болен, имеет проблемы и нуждается в лечении, но его мотивация к изменению изменчива и двойственна.
3. *Принятие решения.* Пациент признает, что у него есть проблемы, хочет активно приступить к работе. Он мотивирован на изменения.
4. *Активные действия.* Пациент активно осуществляет шаги, необходимые для достижения изменений. В случае успеха его мотивация растет, когда сталкивается с неудачей, его мотивация снижается.
5. *Удержание результата.* Пациент успешно достиг желаемого изменения и мотивирован сохранить результат. Эта мотивация, однако, может с течением времени уменьшиться.
6. *Рецидив.* Проблемы и угроза частичного или полного возвращения.

Слабая готовность к лечению типична для пациентов в стадии незаинтересованности и предварительного размышления. Это выражается в отказе от сотрудничества различными способами: пациент приходит поздно или пропускает терапевтические сеансы, не принимает лекарственные препараты или принимает те, которые ему не были прописаны, консультируется с другими специалистами, его должна приводить семья, не выполняет домашние задания и т.д. В этих случаях на первой встрече повысить мотивацию пациента к лечению и его решимость перейти к действиям. Одним из способов повышения мотивации к лечению является так называемое мотивационное интервью (Miller, 1983), в котором терапевт сосредотачивается на обсуждении текущей ситуации пациента, преимуществах и недостатках, которые приносит его нынешнее поведение, и выяснение того, какие изменения для него были бы желательны, при этом терапевт не заставляет пациента признать тот факт, что он больной, зависимый и т.д.

В ходе разработки КБТ были созданы лечебные методы и процедуры. Обычное разделение на бихевиоральные и когнитивные методы является несколько искусственным, поскольку они во многих элементах часто пересекаются. Однако по дидактическим причинам мы будем придерживаться этого метода:

а) бихевиоральные методы;

б) когнитивные методы;

в) комплексные лечебные программы.

В дальнейшем отдельно рассмотрим групповую КБТ.

7.2. Бихевиоральные методы

Бихевиоральные методы могут быть разделены на методы воздействия на физические симптомы и на поведение.

К методам воздействия на физические симптомы относятся обучение мышечной релаксации и обучение успокаивающему дыханию. К методам воздействия на

поведение относятся восприятие, контроль и планирование мероприятий, создание новых способов поведения и изменение существующих моделей поведения.

7.2.1. Обучение мышечной релаксации

Релаксация — эффективный метод, с помощью которого пациенты могут сами убедиться в том, что они способны держать под контролем симптомы стресса. Одним из самых простых способов является развлечение, расслабляющая деятельность и регулярные перерывы при тяжелой работе. Пациенты могут обучиться методам релаксации. Особенно, это актуально для пациентов, которые говорят, что для них очень трудно расслабиться, или которые жалуются на постоянную напряженность.

Существует несколько способов обучения расслаблению. Если мы выберем любой метод, необходимо подчеркнуть, что это навык, который можно приобрести только путем многократного упражнения. Цель не в том, чтобы расслабиться в кресле у себя дома, но уметь это делать и во время обычной повседневной деятельности, и в случаях, когда мы начинаем сильно напрягаться и тревожиться. К наиболее распространенным подходам при обучении релаксации относится аутогенная тренировка Шульца и прогрессивная релаксация Джекобсона. Для целей КБТ подходит прикладная релаксация, созданная Остом (1987).

7.2.1.1. Прикладная релаксация

В большинстве исследований, в которых была проанализирована эффективность прикладной релаксации, тренинг занимал временной период от 8 до 12 сеансов. Нельзя ожидать, что целую программу можно освоить менее чем за 7 сеансов. Однако недостаточное количество времени для обучения программе может привести к освоению лишь некоторых ее частей. Всю программу обучения прикладной релаксации Оста приводит Кларк (1989).

Теоретическое введение

Важно, чтобы пациент был ознакомлен с целью и теорией лечения. Он должен получить следующую информацию:

«Когда кто-то чувствует беспокойство, эта реакция состоит из трех компонентов: физиологическая реакция (учащенный пульс, потливость, напряжение мышц), поведенческая реакция (стремление избежать ситуации, приводящей к тревожности) и мыслительная реакция (негативные мысли: «Я точно потеряю сознание. Я точно не смогу это сделать»). Сочетание этих элементов в каждом случае индивидуально. Наиболее распространенным является то, что определенная физиологическая реакция вызывает определенные негативные мысли, которые в свою очередь увеличивают эту физиологическую реакцию, создавая тем самым порочный круг. Одним из эффективных способов выхода из этого круга является сосредоточенность на физиологической реакции и возможность ею управлять. Учитывая, что тревога возникает очень быстро и в разных ситуациях, эффективен метод релаксации, который позволит человеку расслабиться не только тогда, когда он у себя дома садится в кресло, но и в любой другой ситуации и очень быстро (в течение 20—30 с). По той причине, что легче контролировать реакцию тревоги, ког-

да вы расслабитесь, прежде чем она достигнет своего максимума, обучение начинается с того, что вы учитесь распознавать ранние признаки надвигающейся тревоги. Далее необходимы различные упражнения, с помощью которых вы будете учиться, как быстрее расслабляться. Во время обучения вы должны использовать полученные навыки для того, чтобы справиться с тревогой. Вы не можете, однако, ожидать, что все сразу освоите, пока не завершите обучение. Кроме того, вы сначала научитесь расслабляться, когда вы не испытываете тревогу, потому что это гораздо проще. Как и другие навыки (такие как езда на велосипеде), прикладная релаксация требует повторных тренировок. Таким образом, в процессе обучения необходимо практиковаться каждый день».

Как распознать первые признаки стресса или тревоги

Чтобы пациент был в состоянии заметить первые признаки тревожной реакции, попросим его, чтобы он делал запись эпизодов тревожности. В этой записи он должен отметить, в какой ситуации случился приступ тревоги, насколько он был интенсивным (по шкале 0—10) и каков был первый симптом, который он заметил (в основном речь идет о каком-либо физическом ощущении, например спазме желудка). После этого мы попросим пациентов замечать первые признаки тревоги в течение обучения релаксации.

Прогрессивная релаксация (15—20 мин)

Это первым шаг в обучении прикладной релаксации. Переменным растяжением и расслаблением мышц пациенты учатся отличать эти два состояния и могут лучше определить, какие части тела напряжены. Для того чтобы облегчить переход в естественную ситуацию, пациенты не лежат на диване, а сидят на удобном стуле. Терапевт сначала покажет, как должно происходить напряжение и расслабление определенных мышц. Потом это упражнение выполняет пациент, а терапевт проверяет, всё ли сделано должным образом. Далее пациент закрывает глаза, и терапевт направляет его действия так, чтобы тот напрягал и расслаблял отдельные мышцы в правильном порядке и ритме. Напряжение обычно поддерживается в течение 5 с, расслабление происходит в течение следующих 10—15 с. После прохождения всех мышц мы попросим пациента оценить по шкале 0—100, какой степени релаксации он достиг. Эту шкалу мы используем на протяжении всей тренировки, чтобы мы могли следить за достигнутым прогрессом. Терапевт должен определить, имеет ли пациент проблемы с расслаблением определенных групп мышц, и помочь их преодолеть.

Для обучения прогрессивной релаксации разделим тело на две части. В ходе первого сеанса мы практикуем расслабление рук, лица, шеи и плеч. Во втором сеансе задействуем остальные части тела. На каждом сеансе мы обсуждаем эти группы мышц и даем следующие инструкции:

Первый сеанс

Сожмите правый кулак так, чтобы почувствовать напряжение в кулаке и запястье... Сожмите левый кулак так, чтобы почувствовать напряжение в кулаке и предплечье... Согните локоть и сожмите бицепс, но руки оставьте в

расслабленном состоянии... Вытяните руки и стисните трицепс, в это время обопритесь на стул предплечьем, руки расслаблены... Сморщите лоб и поднимите брови... Сдвиньте брови вместе (как при хмуром взгляде)... Напрягите мышцы вокруг глаз... напрягите челюсти, плотно сожмете губы... Сильно надавите языком на нёбо, губы закрыты. Обратите внимание на напряжение в горле... Плотно сожмите губы... Наклоните голову назад насколько возможно... Прижмите подбородок к груди... Поднимите плечи к ушам и сделайте круговые движения плечами.

Второй сеанс

Повторите упражнения, которым научились на первом сеансе. Это займет 10 мин. После упражнений плечами перейдите к следующему комплексу упражнений:

Дышите спокойно и регулярно животом... Сделайте глубокий вдох, полностью заполните легкие, задержите дыхание на несколько секунд и затем медленно выдохните. Напрягите мышцы живота... Напрягите ягодицы... Напрягите бедра... Напрягите икры и стопы, толкайте их вниз... Напрягите ступни и толкайте их вниз. Пальцы ног тяните вверх... Спокойно и дышите животом.

После каждого сеанса упражнения необходимо выполнять 2 раза в день в течение 15—20 мин в качестве домашнего задания. Пациенты могут выбрать время и место, которое им подходит, где их не будут беспокоить. Они должны вести запись, сколько времени занимает релаксация и какого уровня расслабления они достигнут (по шкале 0—100).

Расслабление (5—7 мин)

Целью этого этапа обучения является сокращение времени, необходимого для достижения релаксации, тем, что мы пропустим фазу напряжения. Сеанс начинается с того, что мы попросим пациента дышать спокойно и в то же время как можно больше расслабиться. Затем терапевт дает указания для пациента, чтобы тот постепенно расслаблял отдельные группы мышц, начиная с головы до кончиков пальцев ног. Инструкции могут звучать следующим образом:

Дышите спокойно и регулярно... Вы чувствуете, как с каждым выдохом все больше расслабляетесь... Поддайтесь этому состоянию... Расслабьте лоб... брови... веки... язык... все лицо.... Расслабьте шею... плечи... руки... до кончиков пальцев... Дышите спокойно и регулярно... Чувство расслабления переходит в живот.... Расслабьте грудь... спину... ягодицы... бедра... колени... икры... ступни, до кончиков пальцев... Дышите спокойно и регулярно. Осознайте, как с каждым выдохом все больше расслабляетесь... Глубоко вздохните, в течение нескольких секунд задержите дыхание, а затем медленно выдохните... Вы становитесь все более расслабленным.

Если пациент испытывает трудности с расслаблением любой группы мышц, попросите его, чтобы он эти мышцы напряг, а затем расслабил. Домашнее задание заключается в практике релаксации 2 раза в день. Пациент ведет запись, сколько времени ему потребовалось для того, чтобы расслабиться, и какой степени расслабления он достиг. Через 1—2 недели тренировок большинство пациентов могут перейти на следующий этап обучения, который мы называем условной релаксацией.

Условная релаксация (2—3 мин)

Снова попытаемся сократить время, необходимое для расслабления. Сосредоточив внимание на дыхании, мы выработаем условную связь между самоинструкцией «Расслабиться!» и расслаблением. Сеанс начинается с того, что пациент релаксирует только расслаблением мышц (терапевт его при этом подробно не инструктирует) и подает знак, когда получит достаточное расслабление. Затем терапевт дает ему инструкции по поводу ритма дыхания. Перед вдохом терапевт говорит: «Вдох», а перед выдохом — «Расслабиться». Этот процесс повторяем 5 раз, а затем даем пациенту указание продолжить тренировку без слов. Через несколько минут терапевт снова несколько раз скажет «Вдох» ... «Расслабиться», а затем на несколько минут оставит пациента, чтобы тот продолжил заниматься самостоятельно. Эта условная релаксация практикуется 2 раза в течение каждого сеанса.

Интересной особенностью этого этапа обучения является то, что пациенты почти всегда переоценивают время, которое им необходимо для расслабления. Поэтому целесообразно заранее попросить пациента, чтобы он оценил, сколько времени ему потребуется для расслабления, после чего уже можно сказать, насколько его результат улучшился. Как и на предыдущих этапах, домашнее задание состоит из тренировки этого вида релаксации 2раза в день и записи времени, необходимого для релаксации, а также степени достигнутого расслабления. Опять же требуется 1—2 недели обучения, прежде чем перейти к следующему этапу.

Дифференциальная релаксация (60—90 с)

Основная цель этого этапа — расслабиться при обычной деятельности, а не только сидя в кресле. Когда необходимо, чтобы определенные группы мышц были напряжены, дифференциальная релаксация расслабляет группы мышц, которые не должны быть напряжены.

Первый сеанс начинается с того, что пациент расслабляется с помощью условной релаксации. Далее он получает указание пошевелить любой частью тела и сосредоточиться на том, чтобы остальная часть тела оставалась расслабленной. Мы используем следующие движения: открыть глаза и посмотреть вокруг без движения головы; осмотреться так, чтобы голова поворачивалась; поднять одну руку, в то время как остальное тело по-прежнему расслаблено; поднять одну ногу, в то время как остальное тело расслаблено. Во время этих упражнений терапевт продолжает вести пациента к тому, чтобы он обращал внимание на признаки напряжения и чтобы он расслаблял те части тела, которые не участвуют в движении. Когда мы определим, какие мышцы чрезмерно напряжены, мы обсудим способы, как их расслабить. Когда пациент научится делать это упражнение, сидя в кресле, далее начинает его практиковать, когда сидит на стуле или за столом (тренируется, как оставаться расслабленным, когда пишет или звонит по телефону).

На втором сеансе мы тренируемся расслабляться, когда стоим и ходим. Во время каждого упражнения мы ведем пациента к тому, чтобы он обращал внимание на физические симптомы напряжения и расслаблял все мышцы, которые не нужны в данный момент. В конце второго сеанса, как правило, время, которое необходимо пациенту для расслабления, снизится на 60—90 с. Пациент получает указание тренировать дифференцированную релаксацию 2 раза в день в качестве

домашнего задания. Обычно необходимо 1—2 недели, прежде чем пациент сможет перейти к следующей фазе подготовки.

Быстрая релаксация (20—30 с)

Цель — расслабиться в обычных, нестрессовых ситуациях. Терапевт вместе с пациентом определяет подсказки, которые в повседневных ситуациях ему будут напоминать о том, что он должен быть расслаблен, например когда пациент посмотрит на часы, когда он должен куда-либо позвонить, когда он откроет шкаф, когда идет в ванную. Чтобы эти подсказки были подчеркнуты, целесообразно прикрепить на определенном месте (на телефоне, на шкафу) листок цветной бумаги. Пациент должен попытаться расслабиться 15—20 раз в течение дня в естественных, нестрессовых ситуациях. Во время релаксации он должен действовать следующим образом:

1. сделать 3 глубоких вдоха и каждый раз медленно выдыхать;
2. перед каждым выдохом мысленно сказать себе: «расслабься»;
3. почувствовать, где чувствуется напряжение, и расслабить как можно больше мышц.

Когда пациент практикуется в быстрой релаксации в течение 1—2 недель и может расслабиться на 20—30, то можно переходить к заключительной фазе подготовки.

Прикладная релаксация

Пациент использует расслабление в ситуациях, которые в нем пробуждают беспокойство. Прежде чем мы начнем эту фазу подготовки, необходимо, напомнить пациенту, что прикладная релаксация является навыком, следовательно, требует повторных тренировок. Таким образом, пациент не может ожидать, что он сразу справится с тревогой. У него это будет получаться все лучше, если регулярно тренироваться. Обучение обычно заключается в том, что пациент часто в течение 10—15 мин находится в ситуациях, которые пробуждают тревогу. Необходимо показать пациенту, что он способен выдержать эту тревогу и постепенно с ней справиться. Необходимо напомнить пациенту, что необходимо воспользоваться прикладной релаксацией уже при первых признаках тревоги. Для этого мы используем прошлые записи.

Поддерживающая программа

Чтобы поддержать улучшение, достигнутое прикладной релаксацией, мы ведем пациентов к тому, чтобы они замечали чувство напряжения в теле по крайней мере один раз в день. Если они почувствуют какое-либо напряжение, то устранили с помощью быстрого расслабления. Кроме того, пациентов необходимо предупредить, что целесообразно практиковать дифференцированное или мгновенное расслабление 1-2 раза в неделю, чтобы не забыть этот навык.

7.2.1.2. Аутогенная тренировка по Шульцу

Аутогенная тренировка широко используется для релаксации, однако в рамках КБТ ее используют реже, чем прикладную релаксацию Оста, потому что она не слишком подходит для стрессовой ситуации. Таким образом, аутогенную тренировку применяют в качестве метода автономного лечения либо как дополнитель-

ный метод, который снижает психологическое напряжение, например, при генерализованной тревоге.

При аутогенной тренировке пациент достигает релаксации с помощью представлений определенных видов ощущений — (тепла, тяжести, холода) в определенных частях тела. Шульц рекомендует выполнять следующие действия:

1. возбуждение тяжести: формулы «Правая рука тяжелая. Левая рука тяжелая. Обе руки тяжелые. Обе ноги тяжелые. Все тело тяжелое»;
2. возбуждение тепла: «Правая рука теплая. Левая рука теплая. Обе руки теплые. Руки и ноги теплые. Все тело теплое и приятно расслабленное»;
3. успокоение дыхания: формулы «Дыхание легкое и свободное. Могу дышать легко и расслабленно»;
4. успокоение пульса: формула «Сердце бьется спокойно и регулярно»;
5. ощущение тепла в животе: формула «В животе протекает приятное тепло»;
6. чувство холода на лбу: формула «Лоб приятно прохладный».

В конце тренинга Шульц рекомендует использовать такие формулы: «После окончания релаксации я буду бодрый, активный и в хорошем настроении. Напрягите руки! Сделайте глубокий вдох. Откройте глаза!»

В дополнение к базовой аутогенной тренировке, существует высший уровень, при котором пациент представляет комплексные ощущения: вид разных цветов, образы конкретных предметов, просмотр абстрактных ценностей, дорогу на морское дно, путь к вершине горы. Возможно и спонтанное визуальное впечатление. Более подробное описание аутогенной тренировки представляет Кратохвил (1997).

7.2.2. Тренировка контролируемого дыхания

Контроль дыхания помогает пациенту быстро снизить напряженность в ситуациях, когда у него возникает сильная тревога. Обучение включает два уровня интервенции: во-первых, показывает роль неправильного дыхания для развития тревожного состояния; во-вторых, контроль дыхания сам по себе, устраняет симптомы тревоги (бихевиоральный компонент обучения). Для тренировки контроля дыхания можно использовать магнитофон с записанным ритмом дыхания. Ритм определяется словами «вдох» (3 с) и «выдох» (6 с). Между вдохом и выдохом делаем короткий перерыв. На сеансе терапевт вместе с пациентом выбирает наиболее подходящий ритм дыхания. Протяженность при артикуляции слов «вдох» и «выдох» способствует мягкому и длительному вдоху или выдоху. После нахождения оптимального ритма он записывается на кассету пациента просят продолжить дышать в соответствии с ритмом на кассете. Как только он привыкнет к ритму, магнитофон выключают, и пациент продолжает дышать самостоятельно более длительное время (15 с, 30 с, 1 мин и т.д.).

На сеансе даем пациенту такие указания (Wilson, 1987):

Ложитесь на кровать, вытяните ноги и руки вдоль тела и расслабьтесь. Дышите спокойно и обратите внимание на то, какая часть вашего тела с каждым вдохом поднимается. Положите на это место руку. Если оно на груди, то вы недостаточно используете емкость ваших легких. Правильное дыхание происходит в том случае, когда это место в области желудка.

Положите одну руку на грудь, а другую на живот. Тренируйте свое дыхание, в котором при вдохе поднимается рука на животе, без поднятия руки на груди. Это дыхание называется брюшным или диафрагмальным. Таким способом вы должны дышать весь день.

Дальнейшим развитием этого процесса является глубокое дыхание. С одной рукой на груди, а другой на животе медленно сделайте вдох так, чтобы сначала наполнилась воздухом нижняя часть легких (поднимется рука на животе), потом верхняя часть легких (поднимется рука на груди). При выдохе сначала освобождайте верхнюю часть легких (опустится рука на груди), потом нижнюю часть (опустится рука на животе). Тренируйте брюшное и глубокое дыхание несколько раз в день до тех пор, пока оно не будет естественным и автоматическим, не вызовет спокойствия и расслабления.

Когда пациент справится с брюшным дыханием в минуты спокойствия, он может его использовать во время повышенного напряжения. Далее он получит следующие указания:

В моменты напряжения и тревоги сделайте глубокий вдох, первый вдох сделайте животом, а потом грудью. Медленно(!) выдохните и говорите себе: «Расслабиться». Представьте себе, как вместе с выдохом ваше тело расслабляется и успокаивается. Совершите несколько успокаивающих вдохов и выдохов, пока не получите полный контроль над своим дыханием. Потом дышите медленно и легко, вдыхайте через нос в живот и при каждом выдохе повторяйте: «Расслабиться».

Это дыхание тренируйте неоднократно в течение дня в различных ситуациях, чтобы научиться расслабляться.

Следующий вариант успокаивающего дыхания — успокаивающий подсчет:

Во время значительного напряжения и тревоги сделайте глубокий вдох через нос в живот, а затем медленно выдохните. При выдохе мысленно скажите себе: «Расслабиться». Продолжайте использовать этот способ дыхания и с каждым выдохом, начинайте мысленно считать, но обязательно в обратном направлении(!). Начните, например, с 10 и закончите 1. Если вы все еще чувствуете напряжение, повторите счет, обращая внимание на места, в которых чувствуете напряжение, и представляя себе, как это напряжение исчезает. Как только вы достигаете цифры 1 и напряжение уменьшится, продолжайте делать то, чем вы занимались до начала успокаивающего подсчета.

Контроль за дыханием во время приступа паники

Перед началом панической атаки эффективна модификация контроля дыхания, при которой в дополнение к замедлению дыхания и расслаблению наблюдается физическое выражение напряженности. Пациент для начала осваивает успокаивающее брюшное дыхание. Потом он сможет перейти к интероцептивному воздействию, при котором пациент 1—3 мин интенсивно выполняет упражнение гипервентиляции легких (дышит глубоко и как можно быстрее). Это вызывает некоторые физические симптомы тревоги: у него начинает кружиться голова, цепенеют ноги, ощущается стеснение в груди. Затем мы устраним эти симптомы с помощью контролируемого дыхания.

Попросим пациента, чтобы он продолжил практиковать контролируемое дыхание по крайней мере 3 раза в день изначально в спокойном состоянии, потом, в более напряженных ситуациях, например в транспортных средствах.

Наиболее эффективным методом овладения панической атакой является контролируемое дыхание с выражением физического напряжения. Эта практика происходит следующим методом:

1. Пациент задержит дыхание, пока мысленно не досчитает до 6.
2. Сделает длительный выдох за то же время, на которое он задерживал дыхание.
3. Происходит короткая пауза перед вдохом (3 раза).
4. Сделает вдох (снова 3 раза).
5. Повторно задержит дыхание, на этот раз полной грудью. Напряжет мышцы плеч и рук, одновременно со всей силы будет раздувать брюшную полость, как мяч. Максимальное напряжение следует выполнять 6 раз.
6. Следует медленный выдох. Пациент дает выходить воздуху из легких без усилий, пытается скорее замедлить выдох, чем ускорить. Во время выдоха он расслабляет мышцы плеч, рук и живота, всему телу дает расслабление. Выдох занимает 6 с, но может быть гораздо более длительным.
7. Пациент повторяет тренинг с п.3, затем делает паузу перед вдохом, до п.6. В большинстве случаев достаточно 10 повторов упражнения, чтобы устранить большинство физических симптомов панической атаки.

Этот метод подходит для успокоения при интероцептивном воздействии. Оно особенно драматично в первый раз, потому что пациент чувствует физические симптомы паники. Однако, используя успокаивающее дыхание, пациент в течение 2—5 мин может ослабить этот приступ. Повторные и спонтанные симптомы паники постепенно ослабевают.

7.2.3. Воздействие

Все формы избегающего и защитного поведения помогают поддерживать негативные убеждения пациента. Поэтому его важно призывать к тому, чтобы он противостоял ситуациям, которых боится, или чтобы он занимался работой, от которой в силу своей тревоги начал уклоняться. Только так можно определить, действительно ли наступят пугающие последствия. Пациента мы приводим к тому, чтобы он, неоднократно и постепенно принимал участие в волнующих его ситуациях или действиях. Кроме того, мы можем попросить, чтобы он предсказал, что произойдет во время этого упражнения, чтобы потом сравнить это предположение с реальным результатом. Пациент должен предсказать не только степень своего страха, но и возможные действия, которые могут произойти («У меня случится сердечный приступ. Упаду в обморок. Буду выглядеть полным дураком. Не смогу сказать ни слова»).

Можно выделить три типа избегающего поведения:

1. Избегание определенных ситуаций: пациент находится далеко от места, где ему могут оказать помощь (на даче, от которой медицинское учреждение далеко, у больных с паническим расстройством), или пациент видит какую-либо угрозу (посещение ресторана, прием пищи в присутствии посторонних людей у пациентов с социальной фобией, или поездка на

общественном транспорте, посещение магазинов, открытых пространств у пациента с агорафобией).

2. Избегание видов деятельности, при которых могут появиться физические симптомы, которых пациент боится (физические упражнения, просьба указать дорогу, половой акт и т.д.).
3. Стратегия уклонения используется в тот момент, когда возникают симптомы (держаться за что-либо при чувстве потери сознания, отвлечь внимание людей на что-то другое, когда хочется пить и все заметят, как у него трясутся руки, при социальной фобии).

Помимо того, что мы призываем пациента воздействовать на ситуации или деятельность, которых он избегает, важно избавиться от защитного поведения, к которому пациент прибегает, когда возникают неприятные ощущения, и которые подтверждают его убеждение в том, что эти симптомы очень опасны (компульсивное поведение, необходимость одобрения других людей, прием успокоительных лекарств, отвлечение внимания и т.д.).

Словом «воздействие (экспозиция)» мы называем свое противостояние стимулам, вызывающих у нас страх. Воздействие может быть:

а) *естественное* — противостояние внешней ситуации (идти в метро, торговый центр, говорить перед группой людей);
б) *интероцептивное* — противостояние внутренним раздражителям (сердцебиение, головокружение);
в) *имагинация* — противостояние какому-либо представлению или воспоминанию о пугающей ситуации и ее худших последствиях.

7.2.3.1. Воздействие в естественных условиях

Пациент учится противостоять пугающей ситуации. В большинстве случаев он учится делать это постепенно, используя спланированные шаги. Их трудность постепенно увеличивается. Переход к следующему шагу следует после того, как пациент справляется с предыдущим без каких-либо серьезных трудностей.

Еще одной возможностью воздействия является погружение — длительное воздействие самых волнующих ситуаций. Воздействие длится до тех пор, пока не снизится чувства дискомфорт. Следует объяснить пациенту смысл этой процедуры, иметь его согласие, а также, результаты медицинского обследования пациента. Типичным примером погружения является спуск с пациентом, страдающим от агорафобии, в метро без предварительной подготовки (или нахождение в других транспортных средствах) и пребывание под землей в течение 4 ч. Погружение может быть эффективным, если мотивировать пациента, чтобы он не убежал при приступе тревоги. Если оно пройдет успешно, пациент быстро убедится, что его катастрофические сценарии недействительны.

Мы подробно объясним пациенту, как происходит тревога. Без адекватного объяснения пациент может воспринять воздействие в качестве наказания. После воздействия раздражителя, беспокоящего человека, тревога очень быстро (в течение нескольких десятков секунд) поднимается до очень высокого, а иногда и невыносимого уровня. Этот период мы называем сенсибилизационной стадией тревоги. Если на этой стадии воздействие прекращается, тревога быстро спадает, но на следующей она так же сильна. Следующий этап называется габитуация. Это

период, в течение которого тревога того же уровня может длиться от нескольких минут до десятков минут. Период габитуации может быть продлен, если тревогу сохраняют АНМ. Через некоторое время, однако, всегда происходит снижение тревожности. Этот период называется десенсибилизацией. Даже во время десенсибилизации беспокойство может на короткое время увеличиться, но постепенно снижается до приемлемого уровня.

Если пациент неоднократно подвергается тревожным ситуациям, его тревога опускается на более низкий уровень, продолжительность снижается. В целом после повторного воздействия тревога в данной ситуации полностью исчезает. В некоторых случаях для устранения тревожного чувства достаточно только одного воздействия.

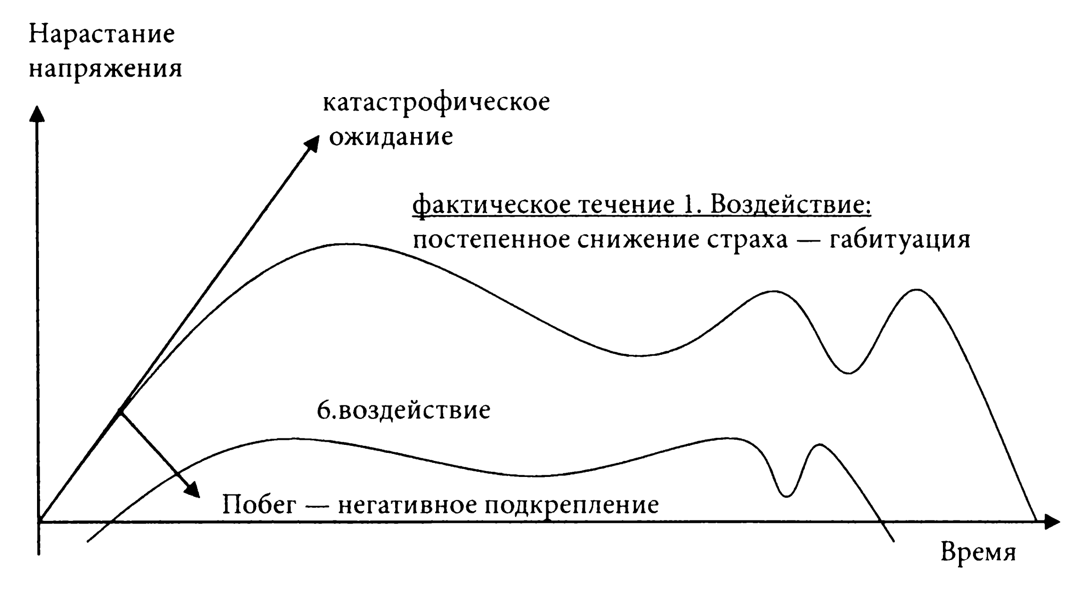


Рис. 7.1. Габитуационная кривая. Взлет и падение страха при воздействии пугающей ситуации

Чаще всего мы используем так называемое многоуровневое воздействие. Для начала совместно с пациентом мы тщательно разрабатываем иерархию ситуаций, которых он боится. Следующий шаг зависит от пациента. Как правило, он испытывает ситуации по поводу которых озабочен в меньшей степени. Каждый шаг в иерархии необходимо обсудить с пациентом и подготовить его к этому. Переход к более сложной ситуации можно рассматривать только в случае, когда существующее воздействие вызывает у пациента меньшую тревогу по сравнению с начальной.

При первом воздействии пациент иногда нуждается в помощи терапевта или близкого человека. Второй шаг — воздействие той же ситуации без сопровождения другого лица. Если пациент после 8 лет избегания поедет на метро, это причина для того, чтобы терапевт во время поездки его сопровождал.

Важно, чтобы пациент не прекратил своих занятий раньше, чем его беспокойство уменьшится, потому что досрочное прекращение в фазе габитуации усиливает уклончивое поведение. Некоторые воздействия следует повторить много

раз, прежде чем начнется снижение тревожности. Это может происходить при грусти, компульсивном поведении, травматических событиях. Очень важно хвалить пациента за каждое успешное действие.

Основной целью этого метода является обучение пациента справляться с пугающей ситуацией с меньшим беспокойством. Приобретенная отвага иногда переносится в другие сферы жизни.

Примеры пугающих ситуаций при социальной фобии: спросить, который час, спросить дорогу, начать разговор с новым пациентом, начать разговор в поезде, интервью на улице (задать 3 вопроса), есть и пить в группе людей, читать перед группой, узнавать информацию по телефону или звонить в офис, сказать короткий тост, инструктировать другого человека, прочесть лекцию.

7.2.3.2. Интероцептивное воздействие

В отличие от фобий, когда мы с пациентом воздействуем на внешние ситуации, при панических и соматоформных расстройствах является наиболее важным воздействие на внутренние раздражители — т. е. физические симптомы, которые у пациента вызывают сильное беспокойство и считаются признаком надвигающейся непосредственной опасности для жизни. Для этого используется целый ряд действий. Наиболее типичные действия перечислены в следующей таблице.

Таблица 7.1. Действия для интероцептивного воздействия

Упражнение	**Время, мин**	**Инструкция**
Гипервентиляция	2 — 5	Дышите глубоко открытым ртом в быстром темпе, без перерыва после вдоха или выдоха. Выполняйте это громко
Вращение	1 — 2	В быстром темпе крутитесь на месте, предпочтительно около стены, чтобы вы могли опереться в случае потери равновесия (можно выполнять на вращающемся стуле)
ПРиседание	2 — 3	В быстром темпе выполняйте приседание
Бег на месте	2 — 5	Энергичный бег на месте (как вариант, сидя или лежа поднимайте ноги).
Изменение положения	2 — 3	В сидячем положении положите голову между ног так, чтобы она была на уровне сердца. По истечении времени резко поднимитесь и посмотрите вперед
Дыхание через трубочку	2 — 3	Дышите через соломинку. Второй рукой зажмите нос
Ком в горле		Сглотните 6 раз подряд настолько быстро, насколько возможно

Наиболее распространенным средством интероцептивного воздействия является гипервентиляция. Она выгодна по той причине, что не менее половины пациентов с паническим расстройством при панической атаке чувствуют симптомы, которые вызывает гипервентиляция. Гипервентиляцию начинаем сразу после того, как пациент освоил успокаивающее дыхание. К интероцептивному воздействию можем призвать и партнера пациента, который потом сможет помогать терапевту. Пациент должен подвергаться интероцептивному воздействию и в домашней обстановке, предпочтительно каждый день. Ниже показаны этапы интероцептивного воздействия на первом сеансе с пациентом (его можно выполнять в группе). В

следующих сеансах мы делаем только шаги 4—7, поэтому интероцептивное воздействие с гипервентиляцией занимает максимально 10 мин сеанса.

Интероцептивное воздействие с гипервентиляцией. Отдельные шаги:

1. Обсуждение **возбудителей** панических атак, которые пациент сам осознает.
2. Обсуждение **признаков** панических атак при физиологических симптомах, мыслях, поведении и эмоциях.
3. Обсуждение способов **остановки** панической атаки, которые пациенту удались самостоятельно.
4. Обучение успокаивающему дыханию (10 вдохов животом, задержка дыхания, длинный выдох).
5. **Гипервентиляция** (2—5 мин в сидячем положении с четвертого воздействия стоя, при ходьбе или лежа).
6. **Успокоение дыхания** (2—5 мин).
7. Рассказ о воздействии устно затем письменно.

7.2.3.3. Воздействие в воображении

Воображаемое воздействие означает мысленное погружение в пугающую ситуацию. Можно использовать его в следующих случаях:

1. *Подготовка к воздействию в естественных условиях.* Пациент под руководством терапевта представляет ситуацию, которая его беспокоит и постепенно входит в нее. Иногда терапевт либо усиливает неприятные ощущения, чтобы пациент был в состоянии терпеть эти ощущения, либо по договоренности с пациентом проходит в воображении самые худшие альтернативы, которыми тот обеспокоен (см. Погружение в воображении).
2. *Отпустить представления, которых избегает пациент.* Многие неприятные воспоминания, как правило, имеют тенденцию возвращаться в ситуациях, которые каким-либо способом их вызывают. Это типично для посттравматического стрессового расстройства. Потерпевшие, как правило, стараются их подавить. Это подавление приводит к сильной тревоге, физическим симптомам и особенно к новым воспоминаниям. Таким образом, воздействие направлено на полное забвение травматического события, в том числе деталей, эмоциональных состояний, мыслей. Терапевт может помочь пациенту при выборе, создании и тренировке этих воображений. Пациент заново переживает ситуацию с очень сильным эмоциональным и вегетативным сопровождением. После повторного воздействия эмоциональное и вегетативное сопровождение ослабевает, воспоминания, которые появлялись после несильного возбудителя, постепенно исчезают.
3. *Систематическая десенсибилизация.* Это форма постепенной конфронтации с пугающим стимулом (например, собакой, пауком) в воображении при возбуждении физического состояния, которое несовместимо с тревогой, т. е с мышечным расслаблением. К следующему шагу в иерархии стимулов можно перейти тогда, когда изначальное представление не вызывает беспокойства. Эта форма рассматривается как устаревшая, однако может быть полезной применительно к детям и к чрезмерно тревожным пациентам.
4. *Управление печалью.* Этот вариант воздействия используется у депрессивных пациентов, которые потеряли близкого человека. Оно снижает чрезмерную

печаль у пациента тем, что ведет к повторяющемуся и длительному контакту с раздражителями, которые вызывают у него воспоминания о погибшем в воображении и в реальности.

5. *Погружение в воображение.* Для многих пациентов ситуация, которая у них вызывает наибольшее беспокойство, редко доступна (например, перелет на самолете, знакомство с семьей партнера) или актуально недоступна во время лечения (например, социальная ситуация на работе во время, когда пациент нетрудоспособен). Эффективным методом ослабления беспокойства является погружение в фантазии. Пациент совместно с терапевтом разрабатывают сценарий самой тяжелой ситуации, в которой должен проявиться основной страх пациента (антиципационная тревога, физические симптомы, мысли, реакции окружающих). Терапевт неоднократно зачитывает пациенту этот сценарий, в то время как пациент пытается представить его как можно более ярко. Реакция бывает очень сильной и часто приводит к отступлению тревожного состояния на 60—90 мин. После повторного воздействия происходит десенсибилизация пациента к сигналам собственной тревожности. В следующем примере мы увидим погружение в воображении пациентки, страдающей социальной фобией.

   Новый друг Георгий пригласил вас на воскресный обед в семью. Вы напряжены: там будет много людей. Вы входите в помещение, все на вас оборачиваются. Вы представитесь как девушка Георгия. Некоторое время за столом стоит тишина, потом отец Георгия обращается к вам: «Расскажи нам что-нибудь смешное, чтобы мы повеселились!» Вы чувствуете, как поднимается адреналин в крови. Все на вас смотрят. Им любопытно, что будет происходить. Вы чувствуете, как у Вас возникают хаотические мысли. Вы хотите убежать из-за стола, но это невозможно. В горле пересохло, вы сильно краснеете. Один ребенок показывает на вас пальцем и восклицает: «Посмотрите, какая она красная!» У вас в голове путаница. Вы ни о чем не можете думать. Единственное, на чем можете сосредоточиться, — это сердцебиение и горячие щеки. Все на вас смотрят. Вдруг вы думаете, что могли бы рассказать смешной детский стишок. Хотите заговорить, но из горла вырывается чужой сиплый звук. Наконец, вы слышите, как измененным голосом говорите начало стихотворения. В середине предложения полностью замолкаете. Люди на вас странно смотрят: никогда не видели настолько нервного человека. Слышится шепот: «Бедная девочка, мне ее жалко! Бедный Георгий, он действительно не мог выбрать кого-нибудь получше!» Один ребенок восклицает: «Что с ней происходит, мам?» И мать ему отвечает: «Ей очень стыдно, деточка». Единственное, что вы можете сделать, — это смотреть в пол, избегать взглядов. При этом чувствуете, как на вас смотрят другие люди, что-то шепчут друг другу, на протяжении всего обеда.

7.2.4. Предотвращение защитной реакции

Предотвращение реакции (англ. *response prevention*) является методом затяжного противостояния раздражителям, которые вызывают защитное действие при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР). Мы попросим пациента, чтобы

он добровольно подвергся этому воздействию, но, чтобы свои защитные реакции не использовал (например, дотронуться руками до пола, но потом не пойти мыть руки). Побуждение к определённому действию будет постепенно ослабевать. Неисполнение ритуалов после обсессии, однако, приводит к быстрому росту напряженности и дискомфорта, а также к сильному желанию выполнить это действие. Чувство напряжения и беспокойства аналогично пугающей ситуации при агорафобии. Некоторое время это состояние колеблется на границе допустимого, потом происходит габитуация и десенсибилизация. Кривая габитуации часто бывает длиннее, чем при агорафобии. У некоторых пациентов с ОКР сильное напряжение длится 2 ч после возбуждающего стимула. Этот метод наиболее эффективен для лечения ОКР и ипохондрического расстройства.

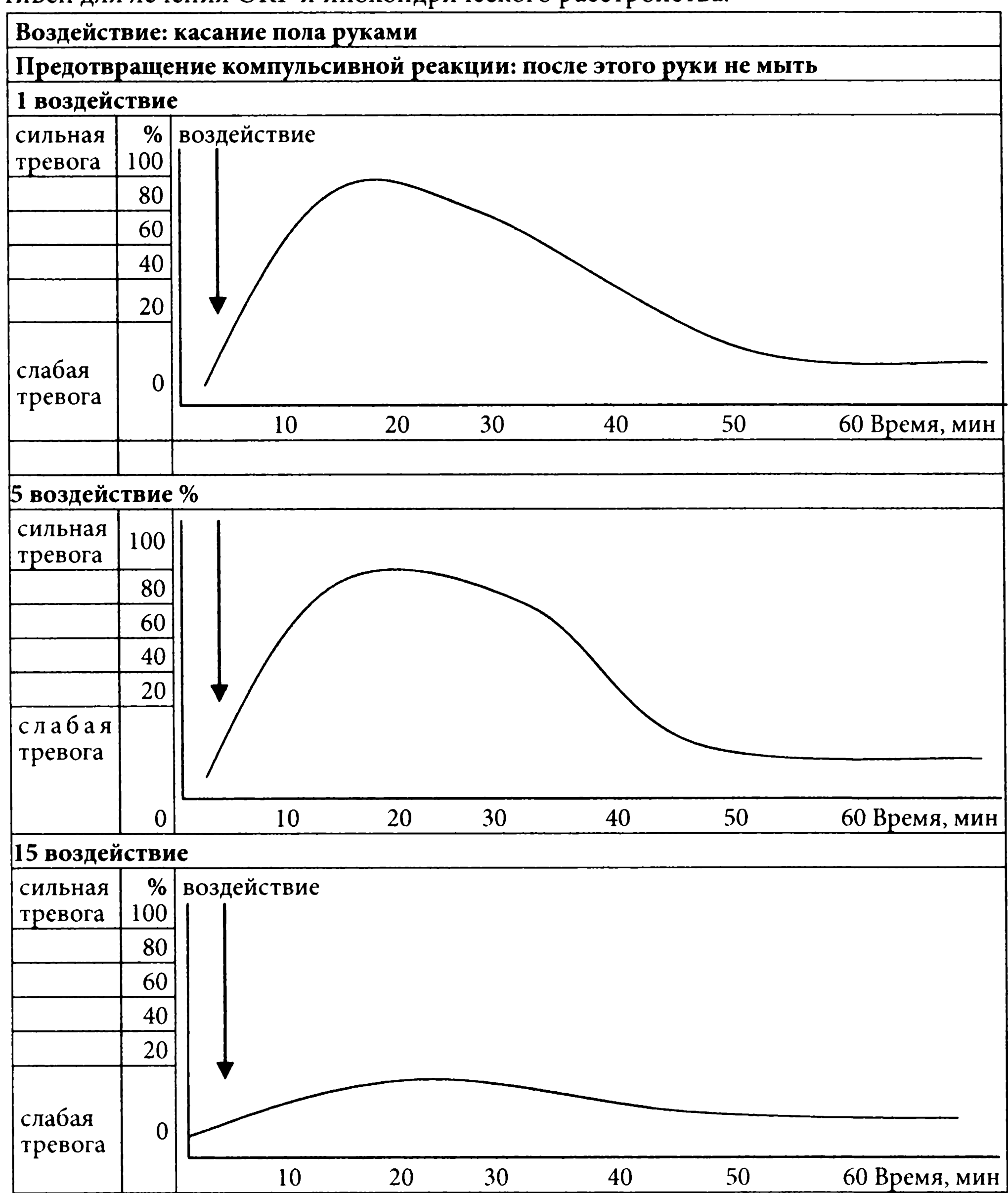


Рис. 7.2. Типичная кривая тревоги при воздействии и предотвращении компульсивных реакций (касание пола руками. После этого руки не мыть)

7.2.5. Наблюдение за деятельностью и ее планирование

Этот метод применяется у депрессивных и гипобулических пациентов, которые, как правило, имеют тенденцию проводить много времени в безделье, а затем обвиняют себя за это, тем самым углубляя свое подавленное настроение. Эти пациенты обычно негативно оценивают себя, окружающую среду и свое будущее (Beck, 1979), поэтому часто говорят, что весь день ничего не делают и что их ничего не радует. Этот метод характерен для пациентов, которые бывают активными хаотично и незапланированно (с генерализованным тревожным расстройством). У пациентов, страдающих расстройством личности, этот метод применяется, когда они деморализованы, их временной график нарушился или они страдают депрессией (Praško и Šlepecký, 1995). Деморализация часто происходит при пограничном или избегающем расстройстве личности, нарциссическом и ананкастном расстройстве. Проблема с распределением времени часто происходит при пограничном расстройстве личности, когда пациент может заниматься деятельностью, которая ему интересна, и откладывать, которые для него являются скучные или неинтересные мероприятия (постоянно ходит в кино, театр, ездит на экскурсии, но дома совсем не убирается, не готовит, не гладит, что приводит к конфликтам в семье).

Целью наблюдения и планирования деятельности является привлечение пациента к занятиям, которые улучшают его настроение.

Первый шаг — наблюдение за деятельностью, когда пациент отвечает в форме «Запись деятельности», что он делает в течение каждого часа, или на простой шкале оценит свое настроение или степень напряженности. Можно использовать другие критерии оценки его активности, которые эффективны для данного пациента (например, степень усталости, удовольствия, успеха).

Второй шаг — планирование деятельности. Для пациентов, страдающих вялотекущей депрессией, которые весь день лежат в постели, необходимо составить список нетрудных занятий, а затем постепенно привлечь к данной работе. Напротив, для перегруженных пациентов, можно внедрить планирование деятельности для того, чтобы они посвящали себя только одной задаче (попытка сделать несколько дел одновременно приводит к чувству нехватки времени), а также для того, чтобы среди выполнения различных задач всегда делать небольшой перерыв. Переход от одной задачи к другой без перерыва обычно приводит к усталости и вызывает ощущение нехватки времени.

7.2.5.1. Наблюдение за деятельностью

Мы попросим пациента, чтобы он каждый час записывал то, чем в данный момент занимается. Работу он должен оценить с помощью двух простых шкал со значениями 0—4. На шкале «Исполнение» (И) пациент оценивает свое усилие, на шкале «Удовольствие» (У) — какое удовлетворение при этом испытал. Пациента, записывая свою работу, может каждый час фиксировать настроение, например, на шкале от -4 (самое худшее настроение) до +4 (самое лучшее настроение).

Цель этого метода двойственная. Во-первых, сама запись работы может привести к тому, что пациент увеличит свою активность в течение дня, потому что ему

неприятно постоянно записывать: «Лежу, И 0, У 0. Настроение -4». Важно, что наблюдение за деятельностью дает возможность терапевту и пациенту реально оценить, чем пациент на самом деле занят в течение дня, в какое время он более активен, сколько усилий он прикладывает для выполнения какой-либо работы, при какой работе он чувствует некоторое удовлетворение, как в течение дня колеблется его настроение. Чтобы этот контроль предоставил реальную информацию, необходимо, чтобы пациент осуществлял записи несколько раз в течение дня, а не один раз вечером, сделав одну запись за весь день. Эта оценка может быть искажена моментальным настроением, она не отражает реальную ситуацию. Важно, чтобы пациент записывал время данной записи.

Изучив заполненную форму «Запись деятельности», мы можем узнать, какова взаимосвязь между активностью и настроением пациента, какая деятельность приносит ему наибольшее удовольствие и что мешает ему увеличить активность. Мы также можем уловить некоторые АНМ пациента (например, «У меня ничего не получится. Раньше я успевала сделать намного больше»), которые потом можем поставить под сомнение и заменить более конструктивными с помощью когнитивной реструктуризации (см. ниже). На основании записи мы можем проверить и поставить под сомнение негативные мысли, типа «Весь день ничего не делаю. Меня совсем ничего не интересует» (в соотв. с Praško, Šlepecký, 1995).

ОТЧЕТ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Дата ______________________

Время	Описание деятельности	Исполнение 0—4	Удовольствие 0—4	Настроение -4 — +4
7 — 8	Лежала в кровати	0	0	-3
8 — 9	Помылась, позавтракала (завтрак приготовил Миша), сделала запись	0	0	-3
9 — 10	Отвела Георгия в школу	3	0	-2
10 — 11	Сделала покупки, вернулась домой, сделала запись	2	1	-1
11 — 12	Лежала в кровати	0	0	-3
12 — 13	Подогрела обед, поела, помыла посуду	2	0	-2
13 — 14	Слушала музыку по радио	0	2	-1
14 — 15	Погладила рубашки	2	1	-1
15 — 16	Пошла в школу забрать Георгия, погуляла с Георгием	1	2	0
16 — 17	Погладила детские вещи	3	1	-1
17 — 18	Приготовила ужин	2	2	0
18 — 19	Ужинала, слушала, как Миша читает Георгию сказку	1	3	+2
19 — 20	Уложила Георгия спать, говорила с Мишей	1	3	+2
20 — 21	Читала рассказы, сделала запись	2	2	+1
21 — 22	Смотрела телевизор	1	2	+1
22 — 23	Смотрела телевизор, пошла спать	1	2	+2

7.2.5.2. Планирование деятельности и самовознаграждение

Этот метод применяется в качестве следующего шага при наблюдении за деятельностью. После того как мы получим точную информацию о том, чем занимался пациент в течение дня, что доставили ему наибольшее удовольствие, в какое время суток у него самое хорошее настроение, мы можем попросить его планировать почасовой ежедневный план своей деятельности. Делается это с целью повышения активности и меры удовольствия, которое он испытывает. Если пациент планирует программу на следующий день, это поможет ему решить, что сделать, увеличит вероятность того, что он выполнит указанное действие, и число приятных дел в течение дня. Постепенно он убедится, что его жизнь находится под контролем.

Важно, чтобы план действий был реалистичным и отвечал состоянию и возможностям пациента. Многоразовое несоблюдение пациентом плана действий приводит к снижению самооценки. Таким образом, следует подчеркнуть, что план действий является лишь инструментом, который поможет фокусироваться на определенном виде деятельности, испытывая хотя бы небольшое удовольствие. Это не закон, который необходимо соблюдать любой ценой. Сложность задач следует увеличивать постепенно и осторожно.

Другим важным компонентом планирования деятельности является систематическое самовознаграждение. Пациент должен указать несколько приятных действий или вещей, которыми сам вознаградит себя после завершения каждого задания. Список наград можно время от времени дополнять. Награды могут быть материальными (купить себе что-нибудь приятное). Это может быть приятная деятельность (теплая ванна, чашка кофе, прослушивание музыки, общение с близким человеком). Или душевные награды, т. е. чувство собственного достоинства, гордость за свои способности и т.д. В рамках планирования деятельности пациент предусматривает индивидуальные награды: «Когда я выполню эту работу, награда будет следующей». План действий и реальную деятельность пациент записывает в течение дня, включая оценку исполнения, удовольствия и настроения каждый час.

Пациенты поначалу часто отвергают самовознаграждение, объясняя это тем, что им не за что себя награждать. Необходимо их убедить в том, что систематическое самовознаграждение обязательно, если они хотят избавиться от дисфорического настроя и повысить контроль эмоций и поведения. Кроме того, мы подчеркиваем, что речь идет о переходе зависимости от других («Другие меня оценят и вознаградят») к самоуправляемому стилю. Самовознаграждение должно проверяться на каждом сеансе. Следует неоднократно объяснять его смысл. Большинство пациентов через некоторое время почувствуют положительное влияние на свое настроение и начнут это действие регулярно осуществлять.

ПЛАНИРОВАНИЕ И ЗАПИСЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Дата ______________________

Время	План деятельности	Запись деятельности	И	У	Н
7— 8	Встать, умыться, приготовить завтрак	Завтрак, помыла посуду	2	0	-2
8 — 9	Пойти за покупками	Сделала покупки, прогулялась по городу	2	1	-1
9 — 10	Кофе, прочитать газету, сделать запись	Кофе, слушала радио, сделала запись	0	2	+1
10 — 11	Вытереть пыль в комнате, потом душ	Вытерла пыль, потом я сидела	2	1	0

7.2.5.3. Постепенное увеличение сложности заданий

В процессе терапии мы подводим пациента к тому, чтобы он повышал сложность заданий, которые он планирует и исполняет. Эта процедура преодолевает нерешительность, устраняет апатию и бодрит пациента при противостоянии ситуациям, которые в нем вызывают беспокойство. Из проблем, обнаруженных в ходе обследования или проявившихся как результат лечения, мы создадим иерархию задач, начиная с простых и коротких, заканчивая сложными и длительными. На сеансе мы обсуждаем мысли, которые пациенту приходят в голову перед выполнением задания, а после выполнения задачи сравниваем их с тем, как пациент справился с данным заданием. Более сложные задачи должны быть разбиты на шаги. При необходимости нужно проинструктировать пациента, чтобы он сам себя вознаградил за успешное выполнение данной задачи.

Пациенты с депрессией часто сообщают, что иногда не справляются с выполнением задач, которые они сами себе наметили, и затем этот факт рассматривают как подтверждение их убеждения, что они ни на что неспособны и что эта неспособность усугубляется. В то же время они не принимают во внимание текущую ситуацию и ставят перед собой такие же задачи, как если бы они не были в подавленном состоянии. Эта явная неспособность затем усиливает ощущение безнадежности, пациент не верит, что его состояние может улучшиться. Увеличение сложности задач снижает безнадежность, потому что пациент бывает в состоянии успешно справляться с отдельными задачами. Таким образом, увеличивается количество случаев, когда пациент может самостоятельно оценить себя Успех должен определяться с учетом того, в каком состоянии находится пациент.

Трудности возникают из-за нашей спешки или спешки пациента. Либо мы совместно создали иерархию задач, которая не соответствует действительности, либо преждевременно перешли к следующему шагу без предварительного разбора предыдущего шага.

7.2.6. Методы создания нового поведения

Когда пациент ведет себя в определенной ситуации неправильно, это может быть либо потому, что он не знает, как вести себя в этой ситуации (мы говорим о нехватке навыков), или он способен вести себя должным образом, но ему что-то мешает применить эти навыки, (например, беспокойство). В данном случае мы обозначаем это как недостаточное исполнение. В рамках бихевиорального ана-

лиза необходимо сравнить эти недостатки, потому что цели терапии в обоих случаях отличаются. Если причина неправильного поведения — нехватка навыков, то пациента необходимо научить этим навыкам. Что касается недостаточного исполнения, необходимо устранить препятствия, которые мешают пациенту применить свои навыки. Для устранения недостатка навыков существуют методы, которые мы сейчас кратко опишем.

7.2.6.1. Обучение по образцу

Самым быстрым способом научиться правильному поведению, является подражание. По образцу можно научиться новым формам поведения. Сотрудники рекламных агентств этот факт широко используют.

Человека, чье поведение служит образцом, называем моделью. Эффективность обучения зависит от характеристик модели. Чем ближе пациенту модель поведения с точки зрения пола, возраста, национальности, образования и любого другого качества, тем больше пациент будет верить тому, что он сможет это поведение повторить. Другим важным фактором является поведение модели. Модель, которая показывает так называемое идеальное поведение, т. е. которым она управляет без проблем, не является для пациента полезной, в отличие от так называемой справляющейся модели, которая имеет некоторые трудности, но в конечном итоге в состоянии их успешно преодолеть. Важно отношение человека, который служит для пациента в качестве модели. Доброжелательная, чуткая и искренняя модель лучше мотивирует пациента к подражанию, чем холодная, нечувствительная и сдержанная. Во многих случаях именно терапевт при КБТ берет на себя роль модели, поэтому, представление бихевиорального терапевта в качестве холодного, манипулятивного техника совершенно неправильно. Такой терапевт не имеет качеств, которые располагали бы пациентов следовать его примеру. И наконец, важно, к каким последствиям приводит продемонстрированное поведение. Пациент не будет подражать модели, которая приводит к нежелательным последствиям.

7.2.6.2. Формирование цепочки и побуждение

Метод формирования (англ. *shaping)* заключается в том, что в поступках пациента выбирается такое действие, которое (по крайней мере в некоторых отношениях) напоминает желательное поведение (например, тон голоса). Такое поведение затем систематически подкрепляем и через некоторое время добавим еще одну особенность желательного поведения (например, зрительный контакт). Таким образом, мы постепенно развиваем и подкрепляем поведение, которое становится все более похожим на желаемое, и наконец, отлаживаем лишь отдельные нюансы. Этот метод часто используется у детей, страдающих аутизмом, или с умственно отсталыми детьми. Важно знать, что если формирование простого поведения не занимает много времени, то развитие более сложного поведения может длиться несколько лет.

Создание цепочки (англ. *chaining*) используется для пациентов, которым необходимо освоить определенные навыки, или если они обладают необходимыми навыками, но не могут их применять в правильном порядке. Чаще всего идет речь об умственно отсталых и аутистических детях, хронических психотических пациентах. Этот метод заключается в том, что мы продемонстрируем пациенту правильное выполнение определенных навыков (например, одевание), а затем

попросим его самостоятельно выполнить последнее действие в цепи (например, чтобы он застегнул пуговицу). Такое поведение потом необходимо закрепить. Как только пациент научится выполнять последнее действие, мы попросим его, чтобы он самостоятельно выполнил предыдущее действие (например, застегнул все пуговицы), и похвалим его за это поступок. Таким образом, мы действуем шаг за шагом, пока пациент не научится самостоятельно управлять всем поведением, т. е. самостоятельно одеваться.

Побуждение (англ. *prompting)* применяется при тренировке новой модели поведения. Терапевт в словесной форме направляет пациента, советует ему, что он должен сделать. В случае необходимости он ведет его физически. Инструкции могут дополняться в форме различных примеров, в описании возможных последствий осваиваемого поведения.

7.2.6.3. Ролевые игры

Ролевые игры — наиболее распространенный метод, применяемый в рамках КБТ, служат как для анализа поведения пациента в конкретной ситуации (например, гораздо более поучительным будет уговорить пациентку продемонстрировать, как она вела себя во время ссоры с мужем, чем попросить ее описать эту ссору), так и для тренировки подходящего поведения. При ролевых играх применяются описанные методы (например, обучение по образцу и побуждение). Ролевые игры могут использоваться практически при всех типах проблем. Основой терапии является обучение социальным навыкам и ассертивному действию.

Перед ролевой игрой, необходимо установить цель, описать ситуацию, в которой пациент находится, роль каждого участника. Некоторые авторы рекомендуют разработать письменный сценарий, в котором для каждого человека определено, как он будет реагировать и что говорить. В клинической практике обычно достаточно устной договоренности между терапевтом, пациентом и другими исполнителями. Не менее важна роль наблюдателей, которые должны сосредоточиться на конкретных аспектах поведения пациента.

Иногда пациент берет на себя роль наблюдателя, а желаемое поведение демонстрирует другой человек. Терапевт, если не выполняет роль образца для подражания, может обратить внимание пациента на конкретные элементы поведения («смотрит в глаза, улыбнулся»). Тогда пациента просят описать то, что он заметил в поведении образца.

В следующей части ролевой игры пациент самостоятельно пытается действовать в данной ситуации, в то время как терапевт может помогать пациенту с помощью жестов, стимулирования и похвалы. После окончания сцены, которая не должна длиться более 2 мин, необходимо, чтобы наблюдатели оценили, что пациент сделал хорошо, а уже затем сказали, что он мог в своей роли улучшить. После этого пациент повторяет всю сцену, пытаясь изменить свое поведение в соответствии с указаниями терапевта и наблюдателей. В заключение пациента следует похвалить за усердие и достигнутое улучшение, пусть даже небольшое.

Существуют варианты ролевых игр. Один из наиболее часто используемых называется поворотом ролей, когда терапевт или другой исполнитель играет роль пациента, а сам пациент выступает в роли другого человека (например, сво-

ей жены). Цель в том, чтобы пациент лучше понял, как его поведение влияет на окружение и что он должен в нем изменить.

7.2.7. Методы изменения сущеыцствующего поведения — оперантное обусловливание

Методы оперантного обусловливания в 50—60-х гг. были почти синонимом бихевиоральной терапии, основаны на работе одного из наиболее выдающихся новаторов бихевиоральной терапии, Б.Ф. Скиннера. Согласно его теории оперантного обусловливания на каждое существующее поведение можно повлиять посредством изменения естественных последствий этого поведения. Если после определенного поведения систематически следуют негативные последствия, то частота такого поведения будет снижаться, а если позитивные, то частота будет повышаться.

В реальной жизни эти знания использует почти каждый из нас. Если кто-то относится к нам так, что нам это не нравится, мы реагируем отрицательно: хмуримся, не разговариваем с ним. На приятное поведение мы реагируем улыбкой, дружелюбием и готовностью к общению.

Методы оперантного обусловливания заключаются в систематическом и преднамеренном применении положительных и отрицательных последствий с целью устранения нежелательного поведения и увеличению вероятности желаемого поведения. Тем не менее важно всегда помнить, что отрицательное и положительное последствие определенного поведения может быть определено только эмпирически, т. е. экспериментально, так как значение стимула зависит от получателя, а не от стимула. Например, кусочек шоколада, вероятно, для большинства детей считается положительным последствием, но некоторые дети могут испытывать отвращение к шоколаду, так что он для них представляет «отрицательное» последствие. Еще больше индивидуальных различий в восприятии отрицательных последствий, или наказания. Для многих людей жалоба или критика вышестоящего лица представляет отрицательное последствие, но для тех, кто сам себя воспринимает в качестве бунтаря, может укрепить его убеждение, что он прав и его поведение этим укрепится.

Программы оперантного обусловливания применяются в основном при терапии умственно отсталых людей, при нарушении поведения у детей и в виде программы так называемого жетонного управления в отделениях для хронических психотических пациентов. Принципы оперантного обусловливания указаны в программах для учителей, чтобы справиться с беспокойным поведением учеников в классе, и для отвлекающих от вредных привычек (курение).

7.2.7.1. Укрепление существующего поведения

Если мы хотим иметь правильное поведение чаще, дольше и во всех ситуациях, наиболее эффективным методом является систематическое укрепление данного поведения. Первый шаг в программе оперантного обусловливания — четкое описание наблюдаемого поведения и установление ситуаций, в которых мы хотим, чтобы такое поведение проявилось. Следующий шаг — определение подкрепляющих стимулов, т. е. стимулов, которые для участника терапевтической программы приятны и желательны и мотивируют его повторить это поведение. Всякий раз, когда прояв-

ляется желательное поведение, оно должно быть подкреплено, т. е. участнику предоставляется подкрепляющий стимул — похвала, сладости, жетон и т.д.

Получается, что если мы хотим увеличить частоту определенного поведения, необходимо его подкреплять каждый раз, когда оно появляется. Однако если мы желаем, чтобы это поведение проявлялось постоянно, независимо от подкрепления, необходимо реже подкреплять поведение, например каждый 2-й либо каждый 5-й случай желаемого поведения. Этот метод называется ослабление подкрепления и работает даже в отсутствие подкрепляющих стимулов. Поведение, созданное на основании нерегулярного подкрепления, гораздо более устойчиво к угасанию и часто сохраняется даже тогда, когда его негативные последствия значительно превышают положительные. Это убедительно доказано на пациентах, которые попали в зависимость от игровых автоматов.

7.2.7.2. Устранение нежелательного поведения

Уменьшение или устранение нежелательного поведения — это частое требование родителей, учителей и воспитателей в учреждениях социальной помощи и в отделениях для хронических психотических пациентов. Первоначально оперантные программы были сосредоточены на поиске эффективных негативных стимулов и их систематическом применении сразу после нежелательного поведения. Чаще всего речь шла о стимулах, вызывающих боль или страх, (например, слабый удар током). Другим вариантом было исключение определенного преимущества — внимания, вещи или возможности участвовать в приятной деятельности. Это были терапевтические программы, использующие эти наказания для устранения нежелательного поведения, которые создавали негативный образ бихевиоральной терапии в глазах широкой общественности и психотерапевтов, работающих в другом направлении.

В настоящее время, однако, от использования наказаний в бихевиоральной терапии отказались. Их воздействие сугубо индивидуально, ненадежно и временно. Наказание действенно тогда, когда оно воспринимается как обоснованное и следует сразу после нежелательного поведения применяется сразу с максимальной интенсивностью. Решающим фактом для эффекта при наказании является отношение между наказывающим и наказуемым. Наказание от человека, которого наказуемый воспринимает как доброжелательного и заботливого, более эффективно, чем наказание от человека холодного и безличного. Негативные последствия наказания состоят в том, что создается беспокойство, которое нарушает процесс обучения, приводит к избеганию наказывающего лица и нарушению с ним отношений, может привести к подражанию способов наказания и агрессивного поведения. Тот факт, что наказания избежать нельзя, приводит к пассивности и зажатости.

Именно поэтому сегодня в оперантных программах используется в основном пассивное наказание, т. е., исключение чего-либо желаемого. В работе с детьми используется так называемое исключение, когда ребенка после нежелательного поведения отправляют в помещение, где он не найдет позитивных стимулов, т. е., игрушек или других вещей. Это исключение должно длиться всего несколько минут; для того чтобы оно было эффективным, нахождение в одиночестве должно быть для ребенка более неприятным, чем нахождение с другими людьми. Активное наказание используется редко и только в виде самонаказания, когда пациент

сам использует определенный неприятный стимул, при этом сознавая, что он виновен и его поведение было таким, от которого он стремится освободиться. Например, неприятные навязчивые мысли могут прекратиться, если он растянет и освободит резиновый браслет на запястье.

Но есть и другие способы устранить нежелательное поведение. Наиболее часто используют угасание — определение последствий, которые усиливают нежелательное поведение, а затем их устранение. Однако такой метод несет в себе риск. Если мы не сможем устранить все последствия, которые подкрепляют нежелательное поведение, то на самом деле вызовем неправильное подкрепление данного поведения и этим усилим его. Другим методом является подкрепление несовместимого поведения. Это значит, что мы систематически награждаем пациента за поведение, которое не совместимо с нежелательным поведением (например, за то, что даст другому ребенку поиграть своей игрушкой). Тем не менее важно убедиться, что нежелательное поведение одновременно не подкрепляется, например, вниманием или восхищением.

Следующий метод устранения нежелательного поведения — дифференциальное подкрепление другого поведения. Пациент получает вознаграждение каждый раз, когда в течение определенного времени не проявляет нежелательного поведения — т. е. мы похвалим ребенка за каждый день, в который он не описался, или студента за каждые 10 мин, в течение которых он не разговаривал, пока его не вызвали. Вариантом этого метода является дифференциальное подкрепление отдельных элементов поведения. Мы награждаем пациента каждый раз, когда частота нежелательного поведения за определенный период не превысила указанное количество (например, когда пациент, страдающий обсессивным расстройством, в течение 24 ч помыл руки только 10 раз).

7.3. Когнитивные методы

Согласно когнитивной теории психики негативные эмоции (угнетение, тревога, гнев) вызваны тем, что пациент не в состоянии мыслить рационально и конструктивно, в его уме преобладают АНМ, которые искажают реальность, не следуют логике и рациональному анализу.

Методы, применяемые при воздействии на когнитивные процессы, направлены как на внимание, так и на то, что человек говорит сам себе, в частности, на воздействие и изменение АНМ и когнитивных схем, для того чтобы поменять промежуточные и более глубокие убеждения пациента (философию пациента), его оценку самого себя, других и ситуаций, в которых он находится. Изменение когнитивных процессов является не целью, а средством. Конечная цель этих методов — изменение эмоции, чувства и явное поведение пациента, чтобы пользу после лечения получил как он сам, так и люди, с которыми живет.

Для воздействия на когнитивные процессы можно использовать: воздействие на внимание, самоинструктирование, когнитивную реструктуризацию, определение и изменение дисфункциональных когнитивных схем.

Первый подход самый быстрый и прагматичный, но он скорее механический, его эффект не будет постоянным. Он влияет на самооценку или уверенность в себе. Речь идет не о когнитивном реструктурировании в полном смысле слова,

а скорее о вспомогательном методе. Другие подходы трудоемкие, требуют много времени и постепенное изменение способа мышления пациента. Тем не менее их эффект более длительный, легко распространяется на другие ситуации и обеспечивает уверенность в себе. Первым шагом в начале применения когнитивных методов является наставление (обучение) пациента, чтобы он понял, какой смысл эти методы имеют и почему важно научиться самостоятельно использовать их в повседневной жизни.

7.3.1. Обучение

Составной частью КБТ, которая основана на взаимном сотрудничестве терапевта и пациента, является ознакомление пациента с природой его трудностей (Учение о психическом расстройстве) и вариантах лечения (Учение о лечении).

Обучение имеет следующие преимущества:

1. Пациент обнаруживает, что его трудности — это хорошо известное заболевание, которое можно вылечить. Это увеличивает его шансы на выздоровление.
2. Совокупность различных трудностей теряет свою актуальность в некоторых функционально взаимосвязанных областях. У пациента появляется надежда, что их можно контролировать.
3. Пациент узнает перспективу логических шагов, которые он понимает и которые с помощью здравого смысла приведут к уменьшению трудностей.
4. Симптомы перестанут представлять катастрофу и непосредственную угрозу жизни пациента.
5. Пациенту рекомендуется иметь активный интерес к решению проблем и трудностей.

От первого контакта с пациентом до первичного обследования мы обучаем его, как он должен работать в рамках терапии, каковы ее правила. Мы учим пациента различать симптомы и проблемы, вызывающие стимулы (возбудители), последствия, различные типы поведения, физические реакции, мысли и эмоции. В начале лечения пациенту необходимо предоставить как можно больше информации о том, как симптомы его расстройства работают во взаимной связи. Для этого можно использовать модель порочного круга депрессии, страхов и тревог, приступов паники или гнева. При тревожном состоянии важно объяснить реакцию «борьба или бегство» и поставить ее в контексте с симптомами. Тот факт, что у пациента возникает депрессия или чувство беспокойства, не означает, что он сошел с ума.

Целью является не информирование пациента, а снижение проблем. Например, показывая, что не связанные между собой проблемы (учащенное сердцебиение, дрожание рук, потливость, нарушение зрения и одышка) есть проявления единого состояния — тревоги. Затем мы расскажем пациенту о взаимосвязях между мышлением, чувствами и поведением.

Чтобы продемонстрировать связь между мышлением, чувством и поведением, лучше всего использовать данные, полученные в начальном разговоре. Информационную часть мы заканчиваем определением когнитивно-бихевиоральной модели расстройства, которую нарисуем и проиллюстрируем признаками, описанными самим пациентом. С первого сеанса пациент, обычно получает текст, содержащий эту информацию, или запись на кассете.

Мы спрашиваем пациента, как проявляется его проблема. Его высказывание затем повторяем и одновременно записываем. Пациент, например, жалуется, что он не может ничего делать.

Терапевт: *Я вас понимаю, вас беспокоит, что не сможете сделать столько, сколько бы вы хотели. Можете мне об этом рассказать более подробно? Лучше всего я это пойму, если вы опишете какую-либо ситуацию, при которой вы решаете, что будете делать. Например, что вы планировали сделать вчера?*
Пациент: *Ничего. ... Ах да, я думал, что я должен постирать носки и белье. И потом я ничего не делал.*
Терапевт: *Попробуйте вспомнить, как это было. Вы себе сказали, что должны постирать вещи. А что вам помешало это сделать? Что вы подумали?*
Пациент: *Не знаю. Наверно, о чем-то, что я себе часто говорю. Что не стоит пытаться сделать что-то, когда у меня нет сил.*
Терапевт *(делает запись в графу МЫСЛИ и громко повторяет: «Нет смысла пытаться что-то сделать, когда у вас нет сил»): Когда Вы себе говорите что-то подобное, как себя потом чувствуете?*
Пациент: *Отрицательно. Но это правда. Также я себе говорю, что с детства я ничего не умею и не могу делать.*
Терапевт: *Очевидно, что вы не можете себя чувствовать хорошо, если говорите себе такие неприятные вещи. Вы сказали, что после этого чувствуете себя несчастным. Какие чувства вы при этом испытываете?*
Пациент: *Я чувствую сильное напряжение, а затем усталость, нет настроения что-то делать, мне ничто не нравится. Такая беспомощность, слабость.*
Терапевт *(делает запись в следующую графу ЭМОЦИИ: «Несчастное состояние, беспомощность, слабость»): Я вижу, что когда эти мысли возникают (показывает на бумаге), вы себя плохо чувствуете, появляется напряжение, а затем усталость, беспомощность, отвращение (показывает в графе). Для того чтобы мы могли понять как можно больше, скажите мне еще, как вы себя в этот момент ведете. Я уже знаю, что вы думаете, и как себя чувствуете. Но что вы делаете?*
Пациент: *Совсем ничего.*
Терапевт: *Что значит, совсем ничего? Вы сидите или лежите?*
Пациент: *Я ложусь, никого не хочу видеть. Я в последнее время буквально избегаю людей.*
Терапевт: *А чтение или просмотр телевизора?*
Пациент: *Раньше мне это было интересно, я любил читать и заниматься спортом. Теперь я это не делаю. Я не смогу этим заниматься. Я бы даже не смог этим заниматься, у меня бы ничего не получилось.*
Терапевт *(делает запись в графу ПОВЕДЕНИЕ: «Лежу, не хочу никого видеть»): Теперь у меня более точная картина о том, что с вами происходит. Как будто это блуждание в порочном круге ... (показывает на бумагу). Появляются мысли, которые вас обесценивают, а вместе с этим и эмоции, которые связывают вас, а также пассивное поведение. Это как порочный круг. Что вы об этом думаете?*

Пациент: *Это верно. И невозможно выбраться из него.*

Терапевт: *Я хочу спросить вас еще о том, какие последствия для вашей жизни имеет этот порочный круг. Я имею в виду влияние на ваши отношения с людьми, на работу и увлечения. Я знаю, что вы избегаете людей. Вы сейчас в нетрудоспособном состоянии, потому что чувствуете себя неспособным. Есть другие последствия депрессии?*

Пациент: *Нет ... Я чувствую себя одиноким, не общаюсь ни с кем. Я не могу ходить на работу, потому что не могу на ней сосредоточиться. Я стал больше ссориться на работе и с матерью. Я не делал этого раньше.*

Пример объяснения симптомов у пациента, страдающего паническим расстройством (Praško и Prašková, 1999).

«Вы мне очень хорошо описали свои симптомы. Эта совокупность физических симптомов, тревоги, страха получить инфаркт и испуганного поведения называется панической атакой. Это расстройство, которое имеет физические и эмоциональные симптомы. Мы сейчас постараемся описать, каким образом, эта паническая атака у вас проявляется. Вы сказали, что вдруг чувствуете, что сердце бьется быстрее. Так ли это? ... Что вы думаете, когда обнаруживаете, что сердце быстро бьется? ... Точно так вы мне это описали. Вы себе говорите: что, если это сердечный приступ? ... Да, и когда вы себе это говорите, то чувствуете очень сильный страх ... не так ли? Что Вы делаете в этом случае? ... Вы хотите измерить ваш пульс, узнаете, что не можете его из-за волнения найти, звоните в неотложную помощь. При таком поведении беспокойство будет только возрастать, что приводит к сердцебиению. Вы говорите себе, что сердце не может этого выдержать. И это еще больше увеличивает беспокойство. Из-за этого страха у вас учащается дыхание, вы начинаете потеть, чувствуете покалывание в пальцах. Вы думаете, что с минуты на минуту умрете. Посмотрите: я упрощенно обозначил на этой схеме, как эти вещи взаимосвязаны. Ваши мысли о том, что это может быть сердечный приступ, увеличивают чувство тревоги и вызывают стрессовую реакцию, которая, ускоряет частоту сердечных сокращений и вызывает еще больше учащенное дыхание, покалывание в пальцах, напряжение в желудке. Такие приступы ежегодно переживают 12 % людей. Как правило, они связаны с каким-либо стрессом в их жизни, который человек в большей или меньшей степени осознает. У некоторых людей такие приступы повторяются. Эти приступы человек учится повторять подобным образом, как и вредные привычки. Если эти атаки повторяются чаще, чем это происходит у вас, мы говорим о паническом расстройстве. Это расстройство ежегодно возникает у 2—4 человек из 100. Оно довольно частое. Большинство людей начинают опасаться, что они страдают от серьезного физического заболевания, поэтому, как правило, проходят обследования у различных специалистов. Однако часто никакое физическое расстройство, которое данный факт смогло бы объяснить, не выявляется.

Рис. 7.3. Порочный круг симптомов при паническом расстройстве

Пример объяснения симптомов у пациента, страдающего соматоформной вегетативной дисфункцией (Praško и др., 2002.).

Терапевт: *Вы сказали, что самый большой страх у вас вызывает учащенное сердцебиение, чувство сжатия в груди и покалывание в пальцах. Иногда ни с того ни с сего не можете отдышаться, затем идете к окну за глотком свежего воздуха, но это не особо помогает. Я правильно это описал?*

Пациент: *Да, это верно, еще я ужасно потею. Мне все говорят, что это у меня на нервной почве. Но каким образом это может быть? У меня плохо с нервами, при физических проблемах возникает страх. Все началось с сердцебиения и сжатия в груди.*

Терапевт: *Я вам верю. Такие трудности, которые вы описываете, начинаются сначала физически, потом их человек пугается или чувствует себя взволнованным. Тем не менее их происхождение может быть как физическое, так и вполне это может быть реакцией на стресс, который человек испытывает в повседневной жизни. Конечно, вы с детства знаете, что когда человек испытывает страх или волнение, его сердце начинает биться быстрее, он начинает более интенсивно дышать. Это пример стрессовой реакции. А также он потеет, обычно говорится: покрылся холодным потом.*

Пациент: *Как это связано со мной? Я не испытаю страх или беспокойство.*

Терапевт: *Вы правы, это был просто пример того, как физические симптомы связанны со стрессом, который человек испытывает. Как мы уже сегодня говорили, в то время, когда у вас появились трудности, вы имели очень напряженный рабочий график. Вы представляли новую технологию производства, а иностранный партнер был очень ненадежным. Вы работали около 14*

ч в сутки, и жена Вас начала обвинять в том, что пренебрегаете семьей. Я правильно все понял?

Пациент: *Это был очень сложный год. Я не высыпался, жена меня не поддерживала. Но эти трудности начались только тогда, когда все закончилось.*

Терапевт: *Так часто бывает. Человек находится в стрессовом состоянии длительное время, однако он сосредоточен на определенных вещах. Только тогда, когда он находится вне стрессовой ситуации, начинает ощущать отдельные симптомы.*

Пациент: *Это так и было. Производство началось, и я вместо расслабления вдруг, почувствовал себя неспокойно, как будто меня ожидало еще что-то. А потом началось сердцебиение. Но мой терапевт у меня ничего не обнаружил. Он сказал мне, что я просто перегружен. Теперь это состояние длится уже в течение 8 мес. Это очень долго. Стресс уже давно прошел.*

Терапевт: *Ну, я так понимаю, что эти симптомы вас сами по себе не беспокоят, вы их не боитесь ... Они в не вызывают никакого стресса? Или это выглядит как-то по-другому?*

Пациент: *Это не так, я волнуюсь и постоянно нахожусь в стрессовом состоянии из-за этих симптомов.*

Терапевт: *А ситуация с женой? Вы говорили, что она обвинила вас в том, что вы пренебрегаете семьей ... что происходит между вами сейчас?*

Пациент: *Сейчас, когда я нездоров, она внимательна ко мне, но иногда сердится, говорит, что хватит с неё, раньше я работал, а сейчас я ипохондрик. Наверное, она права.*

Терапевт: *Похоже, что иногда между вами возникает напряженность. Хотя, к счастью, не часто.*

Пациент: *Это, наверное, из-за меня. Я думаю, что она со мной мучается, она этого не заслуживает. Это подвергает меня еще большему стрессу, чем то, что она иногда выходит из себя.*

Терапевт: *Я вас понимаю. Человек хотел бы быть для другого опорой, а он чувствует, что создает лишь неприятности. Я думаю, что у вас есть много причин, чтобы изменить ситуацию.*

Пациент: *Я был бы очень рад, но я не знаю как.*

Терапевт: *Первый шаг вы уже сделали. Очень хорошо. Вы рассказали мне о том, как начало симптомов было связано с напряжением на работе и с завершением этого трудного периода. В настоящее время вы испытываете стресс, который вызван определенными симптомами и чувством вины перед женой. Так что если я правильно выражаюсь, мне кажется, что ваши симптомы напрямую связаны со стрессом, который испытали раньше и который испытываете до сих пор. Насколько влияют другие обстоятельства, мы пока не знаем, но скоро выясним. Теперь я хотел бы спросить, что вы обычно делаете, когда появляются симптомы. Кроме того, мне интересно, каких действий вы из-за этих симптомов избегаете.*

После объяснения порочного круга расстройства, основываясь на типичных симптомах пациента, продолжим учение о лечении, т. е. объяснение того, каким способом проводится терапия. Как правило, мысли могут быть изменены с по-

мощью когнитивной реструктуризации, поведение — планированием деятельности, воздействием или обучением социальным навыкам, эмоции — релаксацией, воображением и психофармакологическими средствами, вегетативные реакции — контролем дыхания, мышечной релаксацией, медитацией и лекарственными препаратами. Последствия могут быть контролируемы решением проблем. Учитывая, что эти системы взаимосвязаны, любое изменение одного из них приводит к изменениям в трех других. Здесь уместно привести пример того, как изменение в одной системе приводит к изменению в других. Работа с АНМ помогает уменьшить их влияние и касается одного из узлов порочного круга. Планирование деятельности постепенно увеличивает активность пациента и действует во второй узловой точке. Тяжелее всего повлиять непосредственно на эмоции. Здесь применяется контроль дыхания, релаксация, воображение, практика самосознания и психофармакологические средства. Косвенно мы влияем на эмоции с помощью уменьшения количества АНМ и увеличения активности. При депрессии, однако, в первую очередь оказывается воздействие на активность и депрессивное мышление, только потом можно повлиять на смену настроения. На протяжении всего объяснения модели расстройства и способа лечения мы стремимся поддержать мотивацию пациента, развеять его сомнения и неопределенность, помочь открыто выражать скептицизм, по поводу лечения и т.д.

Информация о структуре терапии: как долго и как часто будет длиться сеанс, где будет проходить лечение, кто в нем примет участие и т.д.

Депрессивные, беспокойные (особенно люди, страдающие паническим или тревожным расстройством) и пациенты с соматоформным расстройством часто отказываются признавать тот факт, что они страдают от психического расстройства, особенно если основные симптомы, которые беспокоят пациента, имеют физическую природу. Пациент часто уверен, что он физически болен и по этой причине проходит обследования. Этому препятствию необходимо уделять время при разговоре с пациентом. Важно не отвергать точку зрения пациента, но и не подкреплять ее (Salkovskis, 1989). Терапевт должен честно признать, что пациент испытывает физические симптомы и убежден, что они вызваны физической болезнью. Пациент руководствуется логикой здравого смысла, что физические симптомы вызваны телесной болезнью. Затем терапевт должен информировать пациента, что существует множество случаев, при которых появляются физические симптомы. Например, неприятные эмоции (гнев, тревога, страх, печаль, безнадежность) могут проявляться не психологическим переживанием, а физическим ощущением. Физические ощущения могут быть и условным рефлексом на определенные мысли. Поскольку проводимые в настоящее время обследования не выявили физическую причину трудностей пациента, дальнейшее обследование и лечение должно быть сосредоточено на освоении альтернативных объяснений. Однако в дальнейшем медицинские и лабораторные обследования не будут повторяться в терапии. Если пациент на них настаивает, его терапевт может задать ему следующие вопросы: как долго пациент пытается справиться со своими трудностями с помощью врачей, занимающихся соматическими заболеваниями? Избавился ли он от своего заболевания с помощью этого лечения? Пробовал ли он когда-нибудь психотерапевтические методы лечения, подобные тем, которые мы ему предлагаем? Терапевт может

предложить, чтобы пациент пообещал проводить работу на основании этого метода в течение 3 мес. Если он будет выполнять согласованные задачи и проводить рекомендованную тренировку его состояние не изменится, то надо будет возвратиться к начальному соматическому подходу в лечении. Важно не заставлять пациента отказаться от своих убеждений, но рассмотреть и по истечении определенного времени попробовать альтернативный вариант. Этот подход проиллюстрирован на следующем примере (Salkovskis, 1989)

Терапевт: *Значит, вы убеждены, что у вас есть серьезное физическое заболевание, которое врачи не нашли. Так ли это?*

Пациент: *Да, это так.*

Терапевт: *И эта мысль вас очень огорчает, из-за нее вы чувствуете себя несчастной. Оно влияет на Вашу жизнь таким образом, что вы не в состоянии находиться в одиночестве, мешает Вам заниматься деятельностью, которая вас радует, например играть в теннис. Кроме того, вы перестали есть столько, сколько ели раньше, что может привести к тому, что принимать пищу для вас станет все более затруднительно. Так ли это?*

Пациент: *Да. Я могу оставаться в одиночестве, но иногда это не получается и я не могу себе помочь.*

Терапевт: *Это верно. Если люди чего-то боятся, у них есть для этого причины. В вашем случае беспокойство о здоровье вызвано тем, что вы чувствуете боли, теряете вес, имеете трудности с приемом пищи, а также с пищеварением. Все это указывает на то, что Вы больны, особенно если у вас эти проблемы возникают каждый день. Есть ли другие причины, которые заставляют думать, что вы больны?*

Пациент: *Это ком, ужасное чувство сужения в горле, очень больно, когда это происходит. Врач осмотрел меня, но хуже мне стало после рентгеновского обследования, не раньше; поэтому я перестала есть. У меня есть проблемы и с мочеиспусканием. Это пугает меня, я не могу с этим справиться. Это основные симптомы, которые меня убеждают в том, что у меня то же, что у моей матери.*

Терапевт: *Да, это приводит к тому, что вы думаете о самом худшем; вы предполагаете, рак, как у Вашей матери.*

Пациент: *Да.*

Терапевт: *Существуют ли ситуации, когда вы ощущаете сильную тревогу? Например, в конце нашей последней встречи вы сказали, что проблемы со сном вызваны беспокойством, что вы могли бы умереть во сне, поэтому вы пытаетесь не засыпать. Таким образом, ваши проблемы со сном можно также объяснить беспокойством?*

Пациент: *Я думаю, что да.*

Терапевт: *Вы также ощущаете проблемы при боли, приеме пищи, мочеиспускании и пищеварении. Поэтому вы думаете, что больны, в то же время беспокоитесь, что врачи эти проблемы не воспринимают всерьез, потому что у вас они были и раньше.*

Пациент: *А каким образом они узнали бы, что я страдаю серьезным заболеванием? В этот раз все не так, как раньше. Сейчас я не могу от этого избавиться.*

Терапевт: *Врач выслушал данные о ваших симптомах, но вы беспокоитесь, что он уделяет слишком много внимания тому, что было раньше. (Кратко обсудит, каким способом ставится диагноз.) Он думает, что вы беспокоитесь о своем здоровье и именно симптомы вызывают чувство тревоги. (Разберет симптомы тревоги, опишет воздействие тревоги на боль и аппетит.) Что вы об этом думаете?*

Пациент: *Могу только сказать, что когда мое состояние начинает ухудшаться, я уверена, что мои убеждения верны.*

Терапевт: *Хорошо. У меня есть предложение. Вы обеспокоены тем, что что-то не так с вашим физическим состоянием, и я понимаю, что беспокойство основано на симптомах, о которых мы говорили. Мы также обсудили, что у вас присутствует чувство страха перед болезнью. Поэтому у нас есть два варианта, мы их должны разобрать. Один из вариантов, которому Вы верите, а я в нем сомневаюсь, состоит в том, что вы действительно серьезно больны физически. Второй вариант, которому верю я, а вы в нем сомневаетесь, в том, что вы очень взволнованы, имеете много тревожных мыслей. Эти мысли вызывают различные симптомы в организме, например нарушают ваш аппетит. Я правильно выразился?*

Пациент: *Да, это так.*

Терапевт: *В последнее время, когда вы пытались справиться со своими проблемами, вы чувствовали себя действительно больным человеком?*

Пациент: *Я ходила к участковому врачу. Да, он осматривал меня много раз.*

Терапевт: *Это привело к ослаблению ваших симптомов?*

Пациент: *Нет, потому что ... Он дал мне лекарства, но ничего у меня не нашел. Но что я еще могу сделать?* **Терапевт:** *Похоже, что вы пытались справиться со своими трудностями, как будто речь идет о физической болезни. Я предлагаю свой вариант: большая часть ваших проблем возникает вследствие беспокойства. Пытались ли вы справиться с тревогой?*

Пациент: *(долгая пауза) Я не могу сказать, что я это пыталась сделать.*

Терапевт: *Вы пытались изменить ситуацию, рассматривая её как физическую болезнь. Давайте заключим соглашение на 3 мес.; в течение этого времени вы будете пытаться справиться с беспокойством. Вы будете эти трудности воспринимать как сильную тревогу; если в течение трех месяцев вы будете делать все, чтобы управлять беспокойством, и Ваша ситуация не улучшится, мы эти трудности снова будем рассматривать с точки зрения физических аспектов.*

Пациент: *Я понимаю.*

Терапевт: *Я думаю, что это разумно. Если вы это сделаете и все получится, трудности уменьшатся. Если это не поможет, это также хорошо, потому что тогда вы сможете сказать: «О, мое беспокойство уменьшилось, а мои физические проблемы все еще сохраняются. Вы должны заново рассмотреть эту ситуацию».*

Пациент: *Я вас понимаю. С чего мы начнем?*

7.3.2. Методы воздействия на внимание

7.3.2.1. Отвлечение внимания

Когда человек в определенный момент может сосредоточиться только на одной мысли или представлении, в то время, как другие мысли и представления отодвинуты на задний план, их влияние на настроение и на действия человека ослабевают. Данный метод используется, когда пациент обеспокоен неприятными мыслями и идеями, о которых он пытается не думать. В начале терапии техника для отвлечения мыслей пациента может стать очень полезным инструментом для оспаривания его убеждений, что он не имеет никакого контроля над тревогой (Clark, 1991). Позже эти методы могут быть использованы в терапии для контроля симптомов в ситуациях, когда невозможно рационально обрабатывать негативные мысли, например, когда мы с кем-то разговариваем. В такой ситуации упражнение по отвлечению внимания заключается в том, что мы намеренно направим свое внимание на внешние стимулы. В случае необходимости мы приближаемся к человеку, с которым разговариваем, для того чтобы он заполнял наше поле зрения, и сосредоточимся на содержании разговора, а не на мысли относительно оценки собственного поведения. Отвлечение внимания может служить в качестве мощного средства демонстрации действия когнитивной модели тревоги (Clark, 1988). Когда пациент становится тревожным во время сеанса, терапевт просит его сказать, что он видит вокруг себя. Как правило, это снимает беспокойство. С помощью вопросов мы можем привести пациента к осознанию того, что уменьшение беспокойства было вызвано его отвлечением от мыслей, которые это беспокойство вызвали. Из этого вытекает, что определенные мысли играют важную роль в поддержании его проблемы. Пример (Clark, 1991).

Одна пациентка во время сеанса вдруг почувствовала сильную тревогу. На вопрос, о чем она думает, ответ был таким: «Когда мы говорили, я начала чувствовать покалывание кожи головы, а затем левой щеки, и я очень испугалась. Я думаю, что это симптом опухоли головного мозга или кровоизлияние в мозг». Терапевт сказал: «Я понимаю. Сейчас я хотел бы провести небольшой эксперимент. Вы можете посмотреть на все, что вас окружает в этой комнате, и как можно более конкретно описать предметы, какие вы здесь видите?» Задание оказалось трудным для пациентки, но с небольшой поддержкой со стороны терапевта она справилась с этой задачей довольно быстро. Примерно через 3 мин терапевт спросил: «Как это выглядит сейчас, с покалыванием на голове?» Пациентка сказала, что эти чувства полностью исчезли. После следующих вопросов пациентка согласилась с тем, что маловероятен факт, что так быстро могли исчезнуть симптомы кровоизлияния в мозг или опухоли головного мозга, и была готова поверить тому, что эти симптомы были вызваны ее беспокойством. Оказалось также, что ее симптомы появились в тот момент, когда разговор зашел о беспокойстве по поводу этой болезни.

Методы отвлечения внимания: фокусировка на предмете, физическая активность, переключение внимания, умственные упражнения, интересная деятельность и подсчет мыслей. Важно, чтобы пациент обучился способам отвлечения внимания и использовал методы, которые ему в наибольшей степени помогают и

основаны на его интересах и преимуществах. Например, спортсмен может отвлекать свое внимание с помощью физических упражнений, музыкально одаренный пациент — с помощью игры на пианино. Пациент должен найти деятельность, которая ему действительно интересна, но при этом настолько сложна, что ей невозможно заниматься автоматически.

Фокусировка на объекте, который на данный момент находится ближе всего. Чтобы перекрыть поток АНМ, пациент описывает предмет как можно более конкретно. Ему необходимо сосредоточить внимание на таких вещах, как где он точно находится, насколько он велик, какого он цвета, из какого он материала, сколько здесь таких предметов, для чего он нужен и т.д.

Физическая активность. Пациент должен с полной концентрацией внимания выполнять определенную работу (садоводство, домашнее хозяйство, физические упражнения) и прервать негативные тревожные мысли.

Перенос внимания. Пациент полностью концентрируется на окружении и замечает определенные детали всеми своими чувствами — что он видит, слышит и чувствует. Может, например, мысленно описать картину на стене, мебель в комнате; на улице он может замечать, во что одеты другие люди, какие товары выставлены в витринах.

Психическое упражнение — сосредоточенное выполнение, например, математических задач. Пациент может вычитать из 1000 число 7, мысленно читать стихотворение, вспомнить приятное впечатление и попробовать представить его себе, как можно более подробно вспоминать названия животных или растений, которые начинаются с определенной буквы, вспоминать о своем путешествии и т.д.

Интересующая деятельность. Важно выбрать упражнение, в котором участвует мозг и тело (например, разгадывание кроссворда или игра в теннис). Мероприятия, которые можно делать не думая, должны сочетаться с теми, которые требуют большего пристрастия (например, сочетать стирку с прослушиванием радио).

Подсчет мыслей. Пациент удаляет от негативных мыслей. Важно, чтобы пациент научился каким-либо образом замечать (или регистрировать) наличие АНМ (поставить запятую на бумаге, переложить зубочистку из одного кармана в другой) и стараться больше об этом не думать. необходимо, чтобы пациент неоднократно практиковался сначала в состоянии спокойствия, а затем в повседневных жизненных ситуациях, когда возникает неприятная мысль, представление или беспокойство. Вначале эти методы трудны для пациентов, особенно страдающих депрессией, потому что им очень трудно концентрировать свое внимание. Как правило, они могут использовать эти методы только на короткий промежуток времени. С приобретением практики, однако, пациент может начать созерцание более эффективно и результативно. Подсчет мыслей для кого-то является очень действенным, но некоторых он может привести к мнимому (или реальному) увеличению количества АНМ. Пациент их осознает, но еще не умеет рационально с ними справляться.

7.3.2.2. Остановка мыслей — техника «Стоп»

Речь идет о вспомогательном методе, который всегда используется в рамках комплексной терапии и должен сопровождаться другими методами, (например, ставить под сомнение негативные мысли или воздействие). Его цель — заставить пациента, которого беспокоят неприятные и мучительные мысли или представ-

ления, устранить их и контролировать. Поэтому его используют для пациентов, страдающих тревожным и обсессивным расстройством.

Пациенту необходимо объяснить смысл этой методики, чтобы сократить продолжительность неприятных мыслей и представлений. Важно, чтобы пациент регулярно тренировался в состоянии спокойствия, потом стал его применять в повседневных жизненных ситуациях.

Пациент должен составить список наиболее распространенных навязчивых мыслей и ситуаций, при которых они чаще всего появляются. Затем необходимо записать 3—4 успокаивающие мысли или представления, например, об отпуске, представление о приятном фильме. Важно, чтобы пациент не включил в список любую из первоначальных нейтрализующих мыслей или представлений.

На сеансе мы продемонстрируем пациенту, как можно с помощью этого метода избавиться от навязчивых и неприятных мыслей. Попросим, чтобы он их вызвал и дал нам знак. Потом мы очень громко и энергично крикнем: «Стоп!!!». Пациент, как правило, испугается, его навязчивые мысли прервутся. Эту процедуру мы повторим несколько раз, а затем поручим пациенту, чтобы после команды «Стоп» он думал об утешительной мысли. Как только у него это получится, он подаст нам знак. На первом сеансе процедуру с вызовом навязчивых мыслей, их прерыванием и заменой на утешительные мысли мы повторяем несколько раз, пока пациент не сообщит нам, что актуальность навязчивых мыслей ослабла. Он приходит в состояние метапозиции — может наблюдать за своими мыслями. Больше он ими не поглощен. Речь идет о вспомогательной технике, работа с мыслями более важна. Техника «Стоп» очень полезна, особенно при ОКР во время мыслительных действий. После обсессивной мысли быстро начинаются нейтральные мысли. В этот момент команда «Стоп» очень эффективна, так как останавливает компульсивную реакцию.

В качестве домашнего задания пациент тренируется самостоятельно, сам себе кричит: «Стоп!» После того как он эту процедуру освоит, будет все тише говорить команду, пока, наконец, не перейдет на спокойный голос, затем на шепот, а потом будет мысленно повторять команду. Только после этого можно начинать осваивать эту технику в повседневных ситуациях — сначала в легких, а затем в сложных ситуациях.

7.3.2.3. Остановка мыслей с помощью совладающей карточки

Пациент останавливает АНМ с помощью карточки, которую достает из кармана и читает всякий раз, когда они возникают. Для начала необходимо записать 20—30 самых частых АНМ на небольшой карточке, на обратной стороне записать альтернативную и сбалансированную мысль. Когда в его голове возникает АНМ, он должен достать колоду карточек и найти ее. Он должен прочитать и осознать альтернативную мысль на обратной стороне карты.

Этот метод может быть полезным в начале лечения агорафобии. Пациент еще не в состоянии выполнить когнитивную реконструкцию, но можно подвергать его воздействию, например, транспортных средств. Карточки помогают поймать мысль.

Иногда трудно собрать карточки, найти более позитивные мысли, однако формулировать краткие ответы, которые в это время универсальным образом подходят, еще сложнее. Тем не менее совместное создание ответов с терапевтом (а

лучше в группе) может быть веселым процессом, что само по себе полезно для терапевтических отношений.

Примеры карт:

- Тревожный вопрос: «*Что делать, если я опозорюсь перед другими людьми?*» на обратной стороне: **ничего особенного не случится**
- Тревожный вопрос: «*Что делать, если я потеряю сознание в торговом центре?*» на обратной стороне: **лежа, я снова приду в себя, давление повысится**

7.3.3. Самоинструктирование

Наше поведение в той или иной ситуации зависит от того, о чем мы в данный момент думаем. Систематическое применение самоинструкции в качестве терапевтического метода основано на работах Meichenbauma (1977) и Goldfrieda и соавт. (1974), хотя подобный подход мы находим в работе Cautely (1967) о так называемом скрытом обусловливании.

Первый шаг — анализ того, что пациент думает в определенных проблемных ситуациях, как это влияет на его эмоции и действия. Когда пациент осознает, как его внутренний монолог связан с его переживаниями и действиями, то следующим шагом будут мысли, которые помогут пациенту справиться с проблемными ситуациями. Эти конструктивные и обнадеживающие высказывания пациент далее систематически репетирует сначала в рамках сеанса, когда представляет себе проблемную ситуацию, а позже в жизни. Терапевт может служить моделью, которая демонстрирует пациенту, как справиться с той или иной ситуацией. В то же время он проговаривает отдельные инструкции Борясь с определенными ситуациями, пациент произносит эти высказывания сначала вслух, потом шепотом, наконец, про себя. Он может эти высказывания носить с собой в виде записи и в стрессовых ситуациях их читать. Fliegel (1993) утверждает, что самоинструктирование можно разделить на те, которые:

1) обращают внимание на возникшую проблему («Что происходит, чего я боюсь?»);
2) управляют своими собственными действиями («Что мне сейчас нужно сделать? Я должен расслабиться, спокойно дышать, не убегать!»);
3) придают смелость («Я это выдержу! Я смогу это сделать!»);
4) оценивают собственное поведение («Отлично! Я это сделал хорошо!»).

Метод самоинструктирования и изменения внутреннего монолога, как правило, не используется отдельно. Он сочетается воздействием, обучением по образцу, с оперантным обусловливанием. Разница между подготовкой к самоинструктированию и когнитивной реструктуризацией проявляется на различных этапах. В когнитивной реструктуризации мы ставим акцент, на анализе логических ошибок в мышлении и замене иррациональных мыслей на более разумные. Во время подготовки к самоинструктированию мы ориентируемся на связь между определенными внутренними высказываниями и эмоциональными реакциями («Это ужасно!» — беспокойство увеличивается, «Это неприятно, но я смогу это выдержать» — беспокойство уменьшается), на практическом использовании успокаивающих, самостоятельных, стимулирующих и самооценивающих высказываний до, во время и после сложной ситуации.

Самоинтруктированию можно применять для управления состояниями тревогой и деморализацией, при гневе и проблемах с контролем импульсов.

7.3.4 . Когнитивная реструктуризация

Люди, испытывая сильные эмоции (депрессию, тревогу или гнев), в своем мышлении допускают систематические логические ошибки и оценивают действительность искаженным образом. Мысли пациента заполняют АНМ, которые кажутся ему очень убедительными, он не задумывается над их правдивостью и действует под их влиянием.

Согласно когнитивной теории психических расстройств АНМ, с помощью которых пациент искаженным образом оценивает внешнюю реальность и себя самого, являются причиной угнетения и тревоги. А.Т. Бек, например, полагает, что причиной депрессии является так называемая негативная когнитивная триада — пациент систематически негативно оценивает себя («Я бесполезен»), окружающий мир («Я никому не нужен») и будущее («Никогда не будет лучше»).

Источником АНМ являются глубокие, часто бессознательные когнитивно-аффективные структуры, которые А.Т. Бек называет когнитивными схемами, а. Эллис — иррациональным убеждением. Это общие правила и убеждения о том, какой я есть, каковы другие люди и мир вокруг. После того как эти когнитивные схемы активируются, они начинают оказывают влияние на оценку того, что пациент ощущает. Эти схемы — основные убеждения связаны с сильными эмоциями.

Когнитивные схемы создаются в детстве обобщением конкретных впечатлений и наблюдений. Сначала ребенок, как правило, считает суждение полностью действительным («Собаки кусаются. Я неуклюжий. Люди меня любят»). Со временем развития человек приобретает определенный опыт, то в нормальных условиях эти убеждения развиваются и меняются, поэтому в зрелом возрасте наши убеждения более гибкие («Некоторые собаки кусаются, другие нет. В чем-то я умело действую, в чем-то нет. Некоторые люди меня любят, а другие нет»).

Когнитивные схемы функциональны и позволяют ориентироваться и действовать, даже если мы ограничены информации. Тем не менее некоторые убеждения формируются в детстве при травматических обстоятельствах. Ранние детские убеждения неоднократно подтверждаются опытом. В таком случае убеждения и предположения могут оставаться в изначальной абсолютной и консервативной форме, в зрелом возрасте становятся дисфункциональными. Человек, который имеет дисфункциональное убеждение, более уязвим. Существует высокий риск, что он будет страдать эмоциональным расстройством — тревожным или депрессивным — под действием внешних событий.

В рамках когнитивной реструктуризации мы вначале рассматриваем индивидуальные АНМ и их замену на альтернативные, более сбалансированные мысли, убедительность подкрепляем с помощью повторных бихевиоральных экспериментов.

Только когда на основании полученных знаний большого количества АНМ мы сможем вывести дисфункциональное убеждение, из которого эти АНМ возникают, нам удастся поставить под сомнение его действительность.

Метод когнитивной реструктуризации состоит из 4 шагов, которые пациент должен освоить:

1) понять взаимосвязь между эмоциональными реакциями и АНМ;
2) определить свои АНМ;
3) изучить обоснованность АНМ;
4) создать альтернативную / сбалансированную мысль.

Перед началом работы с АНМ мы вернемся к схеме, которую составили с пациентом во время бихевиорального анализа. Мы продемонстрируем пациенту порочный круг депрессии или тревоги. Далее мы сообщим ему, что теперь мы научимся разрушать этот круг, устраняя АНМ. Можно сказать пациенту, страдающему паническим расстройством:

Люди, у которых случаются приступы паники, как правило, имеют АНМ угрожающего характера. Они не являются конструктивными, потому что они ведут к повышению тревоги и впоследствии к беспокойному поведению и уклонению, а не к решению ситуации. Поэтому необходимо научиться противостоять этим мыслям и искать конструктивное объяснение. Этому мы будем учиться вместе. Но необходимо время, прежде чем вы этому научитесь, потому что реакция в виде АНМ бывает привычной. На основе разных мыслей люди по-разному реагируют и по-разному себя ведут.

На основании двух примеров мы объясним пациенту цепочку.

Ситуация → Мысль → Эмоциональная реакция → Поведение

7.3.4.1. Взаимная связь эмоциональной реакции и автоматических мыслей

Перед тем как терапевт и пациент начнут проверять достоверность и изменять негативные мысли, терапевт должен указать на взаимосвязь между мышлением, чувствами и поведением. Можно быть использовать пример, который указывают Beck и др. (1979). Попросим пациента, чтобы он представил себе ситуацию, когда он вечером один дома, а в соседней комнате вдруг слышен странный шорох. Какие мысли возникают у него? «В доме находится вор». Возникает страх, пациент пытается убежать от возможной опасности (например, позвонит в полицию). Напротив, мысль «Наверное — я забыл закрыть окно» не вызовет страха, пациент спокойно закроет окно и пойдет спать. В дополнение к общему примеру можно использовать данные, полученные в начальном разговоре, показать тесную связь между мышлением и чувствами. Пациент должен осознать, как его эмоции и поведение в конкретной ситуации связаны с автоматическими мыслями.

Примеры альтернативных мыслей в одинаковых ситуациях:

а) паническое расстройство

Ситуация	Мысль	Эмоциональная реакция
Чувство нереальности	«Что, если я сойду с ума?»	Усиленная тревога
«Я, наверное, утомлена»	Успокоение	

б) депрессия

Ситуация	Мысль	Эмоциональная реакция
Критика со стороны мужа	«Он прав. Я ни на что не гожусь»	Грусть и беспомощность
«Что этот дурак опять выдумывает?»	Гнев	

7.3.4.2. Определение автоматических мыслей

АНМ, как правило, являются мгновенными выводами, которые приходят человеку в голову в определенных ситуациях. Он не продумывает основательно данную ситуацию, а лишь, автоматически ее оценивает. АНМ зависят от моментального настроения и сами сильно влияют на него.

Пациент с терапевтом репетируют идентификацию определенных АНМ, затем развивают самонаблюдение в качестве домашнего задания.

После того как мы объясним пациенту тесную связь между мыслями и эмоциями, попросим его вспомнить мысли, когда он не очень хорошо себя чувствует. Бек (1985) рекомендует, чтобы терапевт записал эти мысли на доске или на бумаге, для того, чтобы пациент всегда имел их перед глазами. Когда он может прочитать свои негативные мысли, начинают появляться более глубокие и серьезные мысли. Для каждой записанной мысли пациент должен указать, насколько сильные эмоции (по шкале 0—10) вызывает, насколько он доверяет ей (по шкале 0—100%).

Существуют показатели, на основе которых можно определить эмоционально заряженные (горячие) АНМ:

1. *Бы и должен.* «я должен бы. Было бы необходимо. Я должен». «Я должен немедленно обратиться к врачу».
2. *Катастрофические слова.* «ужасно, страшно, несносно, невыносимо». «Это устрашающе... Я уже не выдержу ни одной минуты... Что делать, если я сойду с ума... Это ужасно, насколько мне плохо! Со мной все так ужасно, что это уже невозможно терпеть!»
3. *Абсолютные слова.* «никогда, все, ничего, никто, все, ни к чему». «Никогда с этим не справлюсь! Никогда из этой ситуации не смогу выбраться!»
4. *Вопросы, на* которые человек сам себе не отвечает. «Что со мной будет? Что, если мне станет плохо? Что со мной произойдет? Что, если я не смогу с этим справиться?»
5. *Преувеличенное обобщение.* «Мое сердце бьется. Это сердечный приступ!»
6. *Навешивание ярлыков.* «Я дурак. Идиот. Ленивый. Плохая мать.»

Некоторым пациентам не трудно определить свои АНМ. Кларк (1989) указывает наиболее распространенные причины проблем:

1. АНМ настолько обычны и естественны для пациента, что не привлекают его внимание.
2. Когнитивные процессы, связанные с негативными эмоциями, часто кратковременны (менее 1 с), поэтому пациенту трудно заметить и запомнить их. Пациент может заметить лишь эмоцию, которую данные мысли вызвали. Создается впечатление, что она возникла из ниоткуда.
3. Эмоции вызываются не только мыслями, но и визуальными представлениями, которые могут быть очень странными (пациент видит себя лежащим в обмороке на улице) и о которых он не решается рассказать.
4. АНМ вызывают неприятные эмоции, поэтому пациент часто пытается избежать их и подавить, начинает думать о чем-то другом. Эта реакция (так называемое, когнитивное избегание) часто настолько автоматизирована, что пациент осознает только свои «оборонные» мысли («Я должен уйти!»), беспокойство, депрессивные мысли и представления он не в состоянии описать.

5. Так как АНМ часто вызывают у пациента сильную тревогу, страх, напряжение, гнев, раздражительность или депрессию, он (иногда намеренно) не желает при разговоре с терапевтом их вспоминать, говорит в общем плане на темы, которые волнуют его, или сообщает умеренные версии своих АНМ.

В определении горячих АНМ пациенту могут помочь следующие методы (Clark, 1989):

1. Анализ последнего негативного опыта. Попросим пациента подробно описать, что произошло, когда он чувствовал себя очень плохо. Попытаемся выяснить, что для него значит эта ситуация и как он эту ситуацию оценивает. Мы спрашиваем пациента: «О чем вы думали в тот момент? Что самое худшее могло произойти в этой ситуации?» Если пациент не сможет вспомнить прошлый тревожный опыт, можно попросить его закрыть глаза и представить себе, что он снова находится в ситуации, которая вызвала в нем негативные эмоции. Затем попросим описать его эмоции и мысли.

   Терапевт: *Вы сказали, что не можете находиться дома в одиночестве. Так ли это?*

   Пациент: *Да, я очень боюсь, что если у меня начнется приступ, мне никто не сможет помочь.*

   Терапевт: *Можете ли вы описать мысли по поводу того, что в такой ситуации могло бы случиться?*

   Пациент: *Наверное, я начала бы плакать и кричать, а соседи это услышали.*

   Терапевт: *Вы бы начали кричать... И что случилось бы, если соседи услышат ваши крики?*

   Пациент: *Ну, они бы меня оклеветали, подумали, что я сумасшедшая... они бы вызвали полицию.*

   Терапевт: *Это было бы очень неприятно. Но давайте попробуем представить, что произошло бы, если бы полиция приехала?*

   Пациент: *Я, наверное, провалилась бы сквозь землю от позора...*

   Терапевт: *Я понимаю, что это неприятно... Как вы себе представите, что еще могло бы случиться?*

   Пациент: *Все соседи смотрели бы на меня как на сумасшедшую.*

2. Ролевая игра. Если негативные эмоции появляются в межличностных ситуациях, наиболее подходящим методом для повторного возбуждения негативных мыслей является разыгрывание сцены, в которой терапевт играет роль другого человека. Во время сцены мы можем повторно спросить пациента, о чем он думает в данный момент.

3. Изменение настроения в течение сеанса. Когда мы заметим, что пациент во время сеанса проявляет признаки фрустрации, мы спросим его, о чем он в данный момент думает.

4. Определение значимости конкретных событий, иногда нам не удается с помощью вопросов определить, какие конкретные негативные мысли или представления тревожат или удручают пациента. Он утверждает, что ему ничего не приходит в голову, он не в состоянии представить себе что-либо, не может вжиться в роль во время ролевой игры. Мы можем спросить, как пациент оценивает данную ситуацию: «Вы не уверены, о чем вы думали, когда... (опишем

ситуацию). Теперь, когда мы заново оцениваем эту ситуацию, что она для вас значит? Как она повлияла на вас, на ваше будущее?»

5. Пример мыслей, на которые пациент должен направить свое внимание. Мы можем попросить пациента сосредоточить на своих мыслях, касающихся угрозы, вины, содержащих крайние выражения «никогда, ничего, это совсем ни к чему», катастрофические слова «ужасно, невыносимо, отвратительно», содержащие слова «бы и должен», содержащие негативное представление о себе: «глупец, идиот, плохая мать», вопросы, на которые нельзя ответить «Что со мной будет? Что делать, если...?, Почему именно я...?»
6. Попытка определить автоматические мысли в естественных условиях. Если не получается установить АНМ на сеансе, необходимо вызвать у пациента соответствующую эмоцию в реальной ситуации. Для этого, можно попросить пациента, чтобы он с терапевтом вспомнил ситуацию, которая вызывает у него разочарование. Наиболее эффективным способом определения горячих, т. е. эмоционально заряженных, автоматических мыслей пациента является вызывание эмоций, которые непосредственно связаны с этими мыслями и представлениями.
7. Воображение. Изначально бывает труднтрудно уловить начало АНМ. Если мы вернемся к этой ситуации позже и представим ее предпочтительно с закрытыми глазами, то их можно вспомнить. Если пациент в состоянии идентифицировать событие или ситуацию, которые вызвали его эмоциональную реакцию, терапевт просит описать ее в деталях. После этого описания пациент сможет быстро установить АНМ, которые у него в тот момент возникли.

Пациент: *Моя проблема в том, что я хочу поехать учиться в Англию на 6 мес. Я боюсь, что принял неправильное решение.*

Терапевт: *Если вы считаете, что это неудачное решение, что самое худшее может случиться?*

Пациент: *Самое худшее... Что я могу потеряться. Я там никого не знаю, я буду стоять на улице с вещами в полной растерянности...*

Терапевт: *Люди заметят, что вы беспокоитесь?*

Пациент: *Я не знаю, может быть... Скорее всего, нет.*

Терапевт: *Попробуем теперь проверить, чувствуете ли вы это беспокойство из-за того, что потерялись, или по той причине, что будете нервничать... Вот багаж. Закройте глаза... Когдавы будете в Лондоне?*

Пациент: *В мае.*

Терапевт: *Сейчас вы вышли из метро. Идет дождь, очень оживленно, час пик, люди толкаются. Вы никого не знаете. Не знаете, как пользоваться телефонной книгой. Как Вы себя чувствуете?*

Пациент: *Очень плохо...*

Терапевт: *Идет дождь. Вы промокли. Вам холодно... Вы спрашиваете дорогу у какого-то мужчины... Он ничего не ответит, просто промолчит... Какие ваши мысли?*

Пациент: *Это должно было произойти именно со мной. Теперь я здесь останусь как бездомный...*

Терапевт: *Вы идете в банк... Хотите обменять деньги... но, их не меняют... Начинает темнеть. Вы в опасном районе. Люди смотрят на вас. Они выглядят недоброжелательно. Один мужчина вас начинает преследовать... скажите, как выглядит улица, по которой вы идете.*

Пациент: *Слева дома. Они закрыты, там точно никто мне не откроет дверь. Справа парк. Туда я идти не хочу, потому что у меня отнимут последнее, что у меня есть. На меня нападут. Мне некуда идти. Если эта ситуация продолжится, я окажусь в Темзе.*

Терапевт: *Следующий иностранец, убитый в Англии.*

Пациент: *Я хочу кричать.*

Когда пациент на сеансе научится определять свои АНМ с помощью терапевта, попросим его, чтобы он в качестве домашнего задания наблюдал за неприятными ощущениями и использовал их в качестве сигнала для определения, в каких ситуациях они возникают эти неприятные чувства, и какие АНМ при этом появляются. Эти эмоции, ситуации и мысли пациент записывает.

Ситуация (Когда, где, с кем, что я делал)	**Автоматические мысли** (О чем я думал в тот момент) (Насколько я верил. 0—100%)	**Эмоции** (Какие?) (Насколько сильные. 1—10)
«В субботу утром я испекла шоколадный торт. Мой муж даже не заметил его и взял бутерброд с колбасой.»	1. «Он точно думает, что я плохо готовлю» 100% 100% 2. «Никогда не замечает, что я для него делаю. Он игнорирует мои усилия». 80% 3. «Он меня уже не любит. Я постарела и выгляжу ужасно». 80% 4. «Что я буду делать, если он найдет себе другую, моложе?»	Сожаление. 8 Гнев на Георгия. 9

Важно, чтобы пациент записал фактическую формулировку АНМ именно так, как они у него происходили, т. е., чтобы он записал: «Я совершенно несносный», а не «Я думал о себе». Важно указать, насколько сильно он доверяет этой автоматической мысли по шкале от 0—100%. Он также должен оценить эмоцию по ее интенсивности на шкале 1—10. Пациент может охарактеризовать ситуацию только кратко: «Я была на кухне и готовила обед». Если пациент в состоянии, он может записать и содержание своих АНМ.

На следующем сеансе просмотрим с пациентом запись АНМ. Необходимо обратить внимание на то, отвечает ли записанная мысль интенсивности эмоции, которую она вызвала. Например, когда пациентка запишет, что при приготовлении обеда она почувствовала глубокую депрессию (значение 8), потому что недосолила суп и подумала: «Опять у меня ничего не получилось», кажется, что эта мысль по отношению к интенсивности депрессии слишком слабая. В этом случае уместно спросить, какие следующие мысли скрываются за этой идеей. Например, «Я совершенно бездарна. У меня никогда ничего не получается. Мой муж со мной разведется, и я останусь без средств к существованию». При обсуждении АНМ мы не спрашиваем пациента, *почему* определенная негативная мысль пришла ему в голову. Нас интересует, как эта мысль звучала и какой вывод из нее сделал пациент. Мы подводим его к такой же позиции. Бек (1985) утверждает, что «когда пациент сам себя спрашивает, почему он чувствует тревогу или почему он не в состоянии

эту тревогу контролировать, это вызывает в нем определенные мысли и подавляет его внимание. Когда он сосредоточится на том, *как* его беспокойство проявляется, он отключает свое мыслительное Я и переключается на наблюдающее Я. Это изменение позиции по отношению к своим собственным АНМ является одним из ключевых факторов когнитивной терапии.

7.3.4.3. Изучение обоснованности автоматических мыслей

Цель когнитивной реконструкции — научить пациента изучать свои АНМ, сомневаться в их достоверности и находить на них разумные ответы, которые уменьшат убедительность и облегчат их эмоциональное воздействие. Пациент, как правило, убежден, что АНМ отражают реальность. При их рассмотрении мы обращаем внимание пациента на противоречия в его убеждениях с помощью так называемого, сократического диалога. Позже пациент учится ставить под сомнение свои АНМ и результат записывает в форму «Запись автоматических мыслей». При словесном оспаривании в сократическом диалоге мы с помощью соответствующих вопросов помогаем пациенту определить, является ли достоверность автоматических утверждений настолько полной, как он считает. Вместе мы узнаем, насколько АНМ соответствуют реальности, а насколько преувеличенны. Наконец, под нашим руководством пациент оценит дисфункциональные автоматические мысли и заменит их на более сбалансированные и рациональные. На терапевтическом сеансе мы занимаемся поиском рациональных ответов на автоматические мысли. В период между терапевтическими сеансами пациент пытается оспорить автоматические мысли самостоятельно. Самый подходящий способ — ежедневно записывать АНМ.

Пример индуктивного разговора:

Пациент: *Я думаю, у меня что-то с сердцем.*

Терапевт: *Почему вы так думаете? Вы сказали, что иногда испытываете приступы тревоги с учащенным сердцебиением. Это может подтверждать вашу точку зрения. Но в то же время вы сказали, что когда ваш ребенок обжегся, вы пробежали, держа его на руках, целый километр. Вы думаете, что человек с больным сердцем может так быстро бегать?*

Пациент: *Это странно. Дело в том, что сердцебиение я чувствовала постоянно, но километр я пробежала очень быстро...*

Пациент часто убежден в том, что его АНМ полностью достоверны, верит им на 100%. Задача терапевта — научить его рассматривать их критически, т. е. видеть их как гипотезы, которые *могут*, а не *должны* быть правдивыми. Бек (1979) рекомендует, чтобы терапевт вместе с пациентом создал что-то вроде научной команды для совместного изучения достоверности АНМ. В отличие от метода конфронтации Эллиса, который состоит в том, что терапевт силой своих аргументов убеждает пациента об иррациональности и нелогичности его мыслей, Бек рекомендует проводить с пациентом так называемый сократический диалог, в котором учит его задавать самому себе определенные вопросы и на основании этого, прийти к выводу о действительности своих негативных мыслей. Цель этого разговора не убедить пациента, что он ошибается, а показать, что его способ мышления не единственно возможный, что определенную ситуацию можно воспри-

нимать по-другому. Другой образ мышления приводит к иному эмоциональному опыту. Мы всегда должны помнить, что представление пациента о том, что он может свои АНМ рассмотреть критически, изначально является малоприемлемо, что ему необходимо временя, чтобы научиться задавать соответствующие вопросы и искать на них разумные ответы. Мы должны быть терпеливы и помочь пациенту освоить этот метод. Феннель (Fennel, 1989) выделяет следующие вопросы для изучения обоснованности АНМ:

1. Что свидетельствует за эту идею? Пациент для начала должен записать факты, которые подтверждают его АНМ. Необходимо, чтобы он записал только факты, а не свои чувства и предположения.
2. Что свидетельствует против этой идеи? Этот главный вопрос в когнитивной реструктуризации. Пациент редко задает его себе, поэтому мы его учим, как на основании анализа ситуации искать факты, которые противоречат его АНМ. Важно не попасть в такое положение, когда терапевт эти факты приводит, а клиент их оспаривает. Факты, свидетельствующие против, пациент должен искать самостоятельно. Терапевт ему в этом помогает.

Факты, на которых основаны АНМ, часто искажаются. С одной стороны, пациент гораздо проще представляет себе информацию, которую поддерживают его АНМ, чем информацию, которая с ними не согласуется, поэтому он делает выводы на основании одностороннего выбора. С другой стороны, пациент склонен оценивать положительную или нейтральную информацию как негативную, а негативную информацию — как еще более отрицательную. Отсюда следует, что мы должны привести пациента к тому, чтобы он сумел исследовать обоснованность фактов, которые поддерживают его АНМ, и сосредоточился на фактах, которые им противоречат. Пациент должен научиться задавать себе вопросы: «Не путаю ли я факты с мыслями? Не делаю ли я поспешные выводы?»

Примеры вопросов для изучения обоснованности АНМ

1. Что свидетельствует за? Что свидетельствует против?
2. Возможны ли другие объяснения?
3. Что в такой ситуации подумал бы кто-то другой?
4. Основана моя мысль на моем самочувствии или на действительно произошедших фактах?
5. Какие преимущества и недостатки дает мне этот способ мышления?
6. Какие логические ошибки я допускаю?
7. Не забываю ли я о некоторых важных фактах и не переоцениваю ли я важность мелочей?
8. Не рассуждаю ли я в экстремальных категориях — все или ничего?
9. Не рассматриваю ли я вопросы, на которые невозможно ответить?
10. Не предъявляю ли я к себе более строгие требования, чем к другим?
11. Не переоцениваю ли я вероятность угрозы определенного события?
12. Если случится то, чего я боюсь, что в этом было бы ужасного?
13. Не принимаю ли на себя ответственность за вещи, которые я не могу контролировать?

Эту процедуру иллюстрирует следующий диалог: (Fennel, 1989).

Пациент: *Мой муж больше не любит меня.*

Терапевт: *Это очень неприятная мысль. Почему вы так думаете?*

Пациент: *Когда он приходит домой вечером, совсем со мной не общается. Просто садится и смотрит телевизор. Затем он сразу идет спать.*

Терапевт: *Хорошо. Существуют ли доказательства или что-то в его поведении, что не соответствует вашему предположению?*

Пациент: *Я не могу сейчас ничего такого припомнить. Нет, подождите. У меня несколько недель назад был день рождения. Он подарил мне очень красивые часы. Я их увидела в витрине и сказала ему, что они мне нравятся, а он вспомнил и купил их для меня.*

Терапевт: *Хорошо. И как это совпадает с вашим убеждением?*

Пациент: *Да, это не совпадает с моим убеждением. Но почему он тогда так себя ведет дома вечером?*

Терапевт: *Я полагаю, что одним из возможных объяснений является то, что он вас не любит. Но есть ли другие возможные объяснения?*

Пациент: *Знаете, он очень много работает, поэтому приходит домой очень поздно. Часто работает по выходным.*

Терапевт: *Может быть, это именно из-за этого, не так ли? Как вы можете узнать?*

Пациент: *Я могу сказать ему, что он выглядит усталым, спросить его, как себя чувствует и как у него дела на работе. Я это не сделала, потому что была расстроена, что он не обращает на меня никакого внимания.*

Терапевт: *Это очень хорошая идея. Что, если выполнение данного действия вы получите в качестве домашнего задания на этой неделе?*

3. Возможны ли и другие объяснения? Иногда можно легко донести информацию до пациента, которая свидетельствует против его АНМ. Если нет, то мы можем спросить: «Что вы подумали бы в этой ситуации, когда чувствовали себя хорошо? Что бы в этой ситуации мог подумать другой человек? Что вы сказали бы другому человеку, если бы он пришел к вам с этой проблемой?» Люди часто могут решать проблемы, погружаясь в состояние эмоциональной отстраненности от них, когда они себе представят, что эти трудности касаются кого-то другого. Важно, чтобы другие варианты объяснения соответствовали известным фактам, в противном случае пациент может рассматривать их только как пустое убеждение.
4. Какие преимущества и недостатки приносит этот способ мышления? Этот вопрос важен при оспаривании самокритичных мыслей. Многие пациенты рассматривают этот подход как полезный и не осознают, в какой степени это подрывает их усилия по преодолению трудностей.

Терапевт: *У меня сложилось мнение, что вы очень строги к себе, когда к чему-либо стремитесь и у вас ничего не получается.*

Пациент: *Это не совсем так. Если бы я к себе не предъявлял высокие требования, то вообще ничего не сделал бы.*

Терапевт: *Итак, чтобы заставить себя заниматься какой-либо работай, вы должны быть строгим с самим собой?*

Пациент: *Да.*

Терапевт: *У вас есть маленькая дочь, не так ли? Когда она училась говорить, как вы ей в этом помогали? Вы замечали все ошибки, которые она делала, и злились на нее, когда она какое-либо слово использовала неправильно?*

Пациент: *Нет, это не так.*

Терапевт: *Что могло бы произойти, если бы вы так сделали?*

Пациент: *Она перестала бы проявлять смелость и не пыталась бы дальше учиться говорить.*

Терапевт: *И как это соответствует тому, что вы делаете с собой?*

Пациент: *Вы правы. Я теряю аппетит и лучше откажусь от дальнейших усилий.*

Терапевт: *Итак, что может случиться, если вы к себе не будете настолько строги? Лучше оцените себя за все то, что у вас получается.*

Пациент: *Вы говорите о том, чтобы я к себе относился так же, как я отношусь к кому-то другому, кто пытается научиться чему-то новому?*

Терапевт: *Это верно. Что, если мы попробуем использовать преимущества такого подхода на следующей неделе?*

Пациент: *Я думаю, мне потом будет легче работать.*

5. Какие логические ошибки совершает пациент? Когда пациент, неоднократно совершает логические ошибки в мышлении, в этом случае он должен научиться задавать такие вопросы: «Нет ли у меня склонности к черно-белому мышлению, т. е. к оценке событий «все или ничего»? Не направляю ли я свое внимание только на свои недостатки и не учитываю свои сильные стороны? Не преувеличиваю ли я фактический риск того, что может случиться? Нет ли у меня склонности винить себя за то в чем я не виноват? Нет ли у меня склонности считать себя неспособным, когда у меня что-то не получается? Не ожидаю ли я от себя, что буду всегда совершенным? Не обращаю ли я внимание только на неприятные моменты в ситуации? Нет ли у меня склонности к катастрофическому мышлению? Не придаю ли я определенным событиям слишком большое значение? Не думаю ли я постоянно о том, как все должно быть, вместо того чтобы смириться с тем, как оно есть? Не сдаюсь ли я преждевременно и не говорю ли себе, что ситуацию все равно невозможно изменить? Имею ли я склонность предвидеть будущее, вместо того чтобы его самому создавать? Не пытаюсь ли я избежать проблем, вместо того чтобы попытаться их решить?»

Список возможных вопросов бесконечен. Каждый терапевт создаст собственный список.

Очень важно вести пациента к тому, чтобы эти вопросы он задавал сам себе, и помочь ему искать на них ответы. Сократический диалог *никогда не должен быть превращен в диспут*, в котором терапевт доказывает пациенту, что он ошибается, в то время как пациент отстаивает достоверность АНМ. Важно, чтобы терапевт не отвечал на эти вопросы вместо пациента. Лучше набраться терпения и дать пациенту время, чтобы он дал собственный ответ, который будет для него убедительным. Цель этого способа ведения разговора не только в том, чтобы пациент смог найти разумный ответ на АНМ, но чтобы он научился задавать себе вопросы самостоятельно и с их помощью ставить под сомнение свои АНМ. Таким об-

разом, мы должны предоставить пациенту соответствующие вопросы письменно или сделать аудиозапись сеанса. Он несколько раз прослушает ее и быстрее поймет метод оспаривания АНМ.

7.3.4.4. Поиск сбалансированной / альтернативной мысли

Последний шаг в когнитивном реструктурировании заключается. Пациент должен проработать все факты — доказательства, свидетельствующие за и против его горячих АНМ. Он может написать первое предложение, которое приводит доказательства, свидетельствующие «за», и второе предложение, которое приводит доказательства, свидетельствующие против этой мысли. Затем он должен сформулировать сбалансированную / альтернативную мысль, которая отвечает всем выявленным фактам. Это значит, что не должна искажаться действительность в обратном направлении (замена черных очков — розовыми).

Важно, чтобы сбалансированная / альтернативная мысль была вразумительной для пациента. Его всегда необходимо просить оценить убедительность сбалансированной / альтернативной мысли по шкале 0—100%. Если мы узнаем, что мысль для пациента не является неоспоримой, необходимо усилить ее обоснованность другими аргументами либо искать другую, более неопровержимую альтернативную мысль. Далее необходимо определить, изменилось ли начальное убеждение АНМ. Если эту мысль во время сократического диалога удалось оспорить, то ее убедительность падает. Наконец, надо определить, изменилась ли интенсивность эмоции, связанная с АНМ, под влиянием разумного ответа. Если АНМ была успешно оспорена, то эмоции, связанные с ней, ослабевают.

Процедуру оспаривания АНМ и поиск сбалансированных / альтернативных мыслей пациент в период между сеансами практикует в качестве домашнего задания, используя форму «Запись мыслей».

Пример записи АНМ

Ситуация	**Автоматическая мысль**	**Эмоция**	**Альтернативная / сбалансированная мысль**
В субботу утром я испекла шоколадный торт. Мой муж даже не заметил его и взял бутерброд с салями	1. Он точно думает, что я плохо готовлю. 2. Никогда не замечает, что я для него делаю. Он совсем не ценит мои усилия. 3. Он меня уже не любит. Я постарела и выгляжу ужасно. 4. Что я буду делать, если он найдет себе другую, моложе?	Сожаление. Гнев на Ирку	1. Я не знаю, думает ли он, что я плохо готовлю. Может быть, он в этот момент не хотел торт. Но в основном он ест то, что я готовлю, и хвалит меня. 2. Может быть, он не заметил торт. Однако он часто замечает, что я готовлю. Иногда у него много забот, тогда он реже что-либо замечает. Когда он видит, что я что-то пытаюсь сделать, он меня подбадривает. 3. Это уже не так, как 20 лет назад. Но даже сейчас он бывает внимательным и отзывчивым. Может быть, я нуждаюсь в чем-то большем. В случае чего я могу и сама попросить о чем-либо. А вид — для своего возраста я хорошо выгляжу. 4. Рисую дьявола на стене. Ничего на это не указывает. Это глупо — создавать такие проблемы. Зря я нервничаю.

Иногда можно использовать записи АНМ, дополненные следующими категориями, например, при расстройстве личности и при нарциссическом расстройстве.

Ситуация	Автоматическая мысль	Эмоция	Поведение	Альтернативная / сбалансированная мысль	Действие
Мать меня отругала за то, что я пришла домой только утром.	1. Что эта корова вообще думает! 2. Она мне всегда только вредила! (90%) 3. Я ее ненавижу! (80%)	Гнев (9). Ненависть (8)	Кричать на мать. Разбить окно. Порезаться	1. Она волновалась обо мне, пусть и понапрасну, и она не корова. (60%) 2. Я слишком остро реагирую, она мне во многом помогла. (60%) 3. Иногда я ее ненавижу, но она все равно очень важна для меня (90%)	Сейчас Скажу, что я слишком остро среагировала. Следующий раз — Звонок матери
Дисфункциональная схема: ЗЛАЯ БУДУ ЛИБО Я, ЛИБО ОНА					

Ситуация	Автоматическая мысль	Эмоция	Поведение	Альтернативная/ сбалансированная мысль	Действие
Успех коллеги по работе, босс его похвалит.	Меня никто не хвалит. (90%) Я этого не стою! Это потому, что босс не любит меня. (90%) Они завидуют мне, что я более способный, чем он (80%)	Озлобленность (8). Грусть (9). Презрение (7)	Угрюмо, рассеянно поздравляю. Быстро с оправданием ухожу. Весь день я мучаюсь, и думаю, как отомстить	Это неправда. Иногда меня мой босс и другие люди хвалят. Факт в том, что я хотел бы слышать похвалы все время. У меня чрезмерная потребность в похвале. (60%) Ничего экстраординарного я сейчас не сделал. Если у меня что-то получится, меня похвалят. Я не знаю, любит ли меня мой босс, но, как правило, он ведет себя дружественно. (70%) Скорее, я завидую его способностям, потому что иногда чувствую себя перед ним неспособным (100%)	Сейчас я вернусь на праздник и постараюсь радоваться вместе с Франтоу (если это будет возможно). В следующий раз я не буду убегать от ситуации, когда я почувствую зависть и мало признания, лучше я о ней задумаюсь. Я осознаю, что имею чрезмерную потребность в похвале
Дисфункциональная схема: Я ХУЖЕ ДРУГИХ — Я ЛУЧШЕ, ЧЕМ ДРУГИЕ					

Альтернативная или сбалансированная мысль не должна быть преувеличенной. Она должна быть убедительной для пациента. Только в этом случае может произойти погашение негативных эмоций.

Цель словесного оспаривания заключается в том, чтобы пациент научился оценивать обоснованность собственных АНМ в каждой напряженной ситуации. Эта цель не может быть достигнута, если всю работу по опровержению негативных мыслей и поиску альтернативных / сбалансированных мыслей ведет терапевт. В когнитивных процессах необходимо настроить пациента самостоятельно искать альтернативное толкование. Поэтому в качестве домашнего задания пациент должен самостоятельно обработать некоторые типичные АНМ.

Ежедневные записи АНМ пациентки, страдающей депрессией

Ситуация	**Автоматические мысли:**	**Эмоции:**	**Альтернативные/ сбалансированные мысли**	**Действие:**
Я сожгла кашу	Я неспособна ничего приготовить. Как мать и жена, я не состоялась.	Гнев на себя, сожаление. Грусть, беспомощность	Я преувеличиваю, я просто сожгла кашу. Я многое могу делать хорошо.	Приготовлю новую кашу. Перестану себя упрекать
Я кричала на Машку	Это ужасный ребенок. Она делает это умышленно. Я испорчу ей жизнь, будет тоже забитой	Ярость. Бессилие	Она хочет общаться. Ничего плохого она не сделала. Я перестаралась, но это не значит, что она будет угнетенной	Я извинюсь перед ней. Я пойду к ней поиграть с куклами.

7.3.4.5. Проверка обоснованности негативных автоматических мыслей в реальных ситуациях (бихевиоральные эксперименты)

Словесное оспаривание АНМ может привести к их ослаблению и к смягчению связанных с ними негативных эмоций, однако оно не обязательно должно привести к тому, чтобы пациент изменил свое поведение и приобрел новый опыт. По этой причине обучение дополняется опровержением АНМ и систематическим планированием так называемых бихевиоральных экспериментов, в которых пациент проверяет обоснованность АНМ в реальных ситуациях. Если полученный опыт не подтверждает негативные ожидания пациента, истинность АНМ в дальнейшем снижается, пациент чувствует способность изменить свое поведение.

При планировании поведенческого эксперимента необходимо определить, соответствует ли пациент определенному типу поведения, но под влиянием негативных мыслей такое поведение не применяет (например, может выразить несогласие, но под влиянием мысли: «Если я с ним не буду соглашаться, он меня не будет любить» — боится это сделать; если он не знает, как должен вести себя в определенной ситуации). Необходимо сначала научиться новому поведению во время сеанса и только потом планировать бихевиоральный эксперимент.

Проверка определенной АНМ в реальной ситуации происходит в следующей последовательности:

1. Пациенту необходимо выразить определенный прогноз — гипотезу, которая вытекает из автоматических мыслей. Например, «Если я пойду на семейный

праздник, я уверен, что родители будут меня упрекать, мы поссоримся, мне будет плохо».

2. Обсудим с пациентом факты, свидетельствующие за и против этой гипотезы. Предупреждение о фактах, свидетельствующих против негативных прогнозов, может придать смелость пациенту. Например, пациентка понимает, что если она будет вести себя по-другому, ссора может не произойти. Даже если бы она вела себя как обычно, не обязательно доводить ситуацию до ссоры. Если дойдет до упреков, не обязательно на них реагировать ответной атакой. Имеются другие варианты: молчание, ассертивное согласие, ассертивный ответ на критику (негативный опрос) отвлечение внимания. Но даже если она будет реагировать контратакой, ей не должно быть из-за этого плохо.
3. Запланируем определенный эксперимент, который подтвердит или опровергнет данную гипотезу. Необходимо, чтобы пациент знал, что он должен делать и на что он должен обращать внимание. Важно спланировать поведенческий эксперимент так, чтобы увеличилась вероятность успешного результата. В указанном примере можно запланировать дружественное поведение по отношению к родителям — похвалить их внешний вид, здоровье, то, что они сделали. После этого возможно запланировать реакцию на критику и репетировать ее.
4. Запишем результат. Важно, чтобы поведенческий эксперимент был устроен так, чтобы каждый результат можно было оценить как успех. Если гипотеза не подтвердится, то пациент убедится в том, что его АНМ ошибочны. Однако если гипотеза подтвердится (пациентка вспылит с родителями, в определенной ситуации не сможет сказать ни слова или скажет то, после чего остальные будут смеяться, и она будет чувствовать себя неловко), для пациента и терапевта это будет ценной информацией. На сеансе можно подробно обсудить, где произошла ошибка, что пациент в следующий раз сделает по-другому, был ли этот опыт для пациента настолько невыносим, как он предполагал.
5. Делаем выводы. После обсуждения результатов поведенческого эксперимента пациент должен сформулировать выводы: «Я не буду себе заранее говорить, что что-то не смогу сделать, но для начала попробую, как у меня это пойдет».

Поведенческие эксперименты пациент должен записывать. Одна из возможных форм записи приведена ниже.

7.3.4.6. Обычные проблемы при оспаривании автоматических мыслей

При оспаривании автоматических мыслей мы чаще всего сталкиваемся со следующими проблемами.

1. Подтверждение АНМ другими мыслями. Некоторые пациенты изначально имеют склонность подтверждать автоматические мысли дисфункциональными мыслями. Аргументы против них не приходят им в голову, в то время как аргументы, свидетельствующие в их пользу, приходят автоматически.

Запись бихевиорального эксперимента с пациенткой, страдающей депрессивным расстройством

Эксперимент	Предположение — что я ожидаю, что может произойти	Возможная проблем	Способ, как с этими проблемами справиться	Результат эксперимента	Насколько результат эксперимента подкрепил мысль, которую я проверяю (0—100%)
Позвоню старшему сыну и предложу ему помощь	Будет рад, что я предлагаю свою помощь, и примет ее	Может меня отвергнуть из-за того, что ему ничего не нужно, потому что он самостоятельный и не хочет, чтобы я ему помогала	Если он откажется от моей помощи, я спрошу, в чем еще я могла бы быть ему полезна. Объясню, что просто хочу ему помочь, а не вторгаться в его жизнь	Сын отказался от моего первого предложения, но затем рассказал о ситуации, в которой я действительно могла бы ему помочь. Мы договорились	100

2. Пациент уклоняется от записи мыслей. Акцентирование внимания на дисфункциональных мыслях, когда пациент все еще не умеет справляться с ними, может быть очень болезненным и неприятным, особенно если он страдает от депрессивного настроения. Если пациент подготовлен и согласен с доводами терапевтического метода, скорее всего он это примет. Будет полезно, если вначале мы договоримся с пациентом, что он будет записывать свои негативные мысли только в определенное время суток, а затем использовать некоторые из методов отвлечения внимания.
3. Пациент утверждает, что АНМ у него не возникают. Даже когда пациенты чувствуют себя довольно плохо, они не в состоянии распознавать дисфункциональные автоматические мысли. Желательно использовать некоторые методы, перечисленные для идентификации АНМ. В значительной степени помогает стратегия создания смысла. «Что для вас эта ситуация означает? Что она сказала о вас / о вашей ситуации / о вашем будущем?» Эти вопросы показывают неявное индивидуальное значение определенного события.
4. Игнорирование основных АНМ. Важно сосредоточиться на сильных мыслях, представлениях и значениях, чтобы с их помощью объяснить испытываемую эмоцию. Мы говорим о горячих АНМ, в отличие от холодных. Эти мысли содержат сильные эмоциональные выражения: «Это страшно (ужасно, отвратительно). Что, если я сойду с ума? Я полный идиот».

Если пациент приводит только холодные АНМ, непонятно, почему он испытывает такое беспокойство или беспомощность. Горячие мысли, о которых он стыдится рассказать, часто являются объяснением.

5. Альтернативные / сбалансированные мысли не влияют на эмоции. Чтобы альтернативная / сбалансированная мысль была эффективной, т. е., чтобы уменьшала убедительность АНМ и смягчала связанные с ними эмоции, необходимо, чтобы она была для пациента приемлемой и убедительной. Сбалансированную мысль, которая терапевту кажется логичной, пациент не может воспринимать. Это не значит, что необходимо найти альтернативную мысль, которая будет для пациента убедительной на 100 % и которая полно-

стью опровергнет убедительность АНМ. Особенно вначале желательно считаться с тем, что альтернативные мысли имеют весьма ограниченное влияние на убедительность АНМ и их эмоциональное сопровождение, даже если они соответствуют фактам и пациент с ними на рациональном уровне согласен. Нет причин, чтобы отказаться от этого метода из-за того, что он неэффективен. Оспаривание АНМ — это навык, который необходимо практиковать снова и снова. Процесс доказательства убедительности альтернативных / сбалансированных мыслей обычно медленный. Чем более интенсивно пациент использует этот метод, тем быстрее наступает эффект.

6. Терапевт заразится способом мышления пациента. Может случиться, что пациент убедит терапевта в обоснованности своих АНМ. Даже в этом случае каждая ситуация может быть оценена разными способами, не существует только одного возможного способа мышления. Поэтому терапевт должен найти альтернативные способы мышления и оценки, в первую очередь такие, которые помогли бы пациенту больше, чем действующий метод. Не каждый человек, попав в ситуацию пациента, впадает в серьезное состояние тревоги или депрессии. Многие люди поддерживают конструктивный способ мышления даже в очень сложных и, казалось бы, безнадежных ситуациях. Почему именно пациент не может так сделать? Что ему мешает?
7. Оспаривание неоспоримого. Факты не могут быть успешно оспорены. Иногда негативный прогноз пациента оказывается правдивым, его негативная оценка ситуации отвечает действительности. Чтобы избежать попытки оспорить что-либо неоспоримое, необходимо обсудить все факты, которые свидетельствуют о том, что мысли пациента в данной ситуации реалистичны. Таким же способом не могут быть оспорены и вопросы типа «А что, если ...?». За этими вопросами скрываются негативные ожидания (за вопросом «Что, если я опозорюсь?» скрывается негативная мысль «Я опозорюсь!»), которые необходимо сформулировать, рассмотреть их правдоподобность и проверить с помощью бихевиорального эксперимента. Пациента необходимо с помощью сократических вопросов привести к принятию того, что в реальном мире нет стопроцентной гарантии, что с ним не произойдет что-либо нежелательное.
8. Недостаток терпения у терапевта. Учитывая то, что терапевт знает метод оспаривания АНМ, что для него гораздо проще эмоционально оторваться от них и обращать внимание только на фактическое содержание, может показаться непонятным (особенно начинающему терапевту), почему пациент не может высказать альтернативную мысль и понять свои очевидные ошибки. Мы не должны сердиться на пациента, считать его глупым или даже умышленно отказывающимся от взаимного сотрудничества. Не имеем право навязывать ему альтернативные ответы на автоматические мысли. В КБТ процесс обучения длительный. Мы должны приспособиться к возможностям восприятия пациента. Мы не должны удивляться, когда во время сеанса АНМ, которая была успешно оспорена, вернется с полной убедительностью, а пациент как забудет, какие альтернативные мысли для нее уже сформированы.

7.3.5. Выявление и изменение дисфункциональных когнитивных схем

На основании теории КБТ источником отдельных АНМ являются более когнитивные структуры, которые Бек называет схемами (Beck и Weishaar, 1989). Человек создает их в течение жизни на основе опыта и знаний и, потом оценивает себя, мир вокруг и свои ожидания в отношении будущего. Тем не менее, эти основные убеждения часто неосознанны, следовательно, пациент не в состоянии самостоятельно их сформулировать. По Беку, существуют определенные дисфункциональные схемы, которые увеличивают риск возникновения тревожного или депрессивного расстройства вследствие влияния внешних событий. Если пациент не осознает эти схемы и не ставит под сомнение их истинность, то его повышенная восприимчивость к соответствующему психическому расстройству сохранится. Эти схемы имеют следующие характерные черты:

Не отражают реальный человеческий опыт. Например, схема «Я должен со всем справиться сам» не принимает во внимание то, что каждый человек может попасть в ситуацию, с которой будет не в состоянии справиться собственными силами.

1. *Являются ригидными, более обобщающими и экстремальными,* не учитывают то, что обстоятельства могут измениться и что действия, подходящие для определенных ситуаций, не годятся для других.
2. *Достижению желаемых целей скорее препятствуют, чем помогают.* Например, схема «Я никогда не должен сделать ошибку» повышает чувство тревоги, что может привести к ошибкам.
3. *Их нарушение вызывает длительную и интенсивную эмоциональную реакцию.* Например, если человек со схемой «Мое значение зависит от того, что я способен сделать» попадет в аварию и станет инвалидом, то впадет в чувство отчаяния и безнадежности. Наоборот, если человеку удается действовать в соответствии со своей схемой, он испытывает восторг и гордость.
4. *Относительно независимы от повседневного опыта.* Это значит, что даже если человек столкнется с событием, которое противоречит его схеме, то может объяснить это событие как исключение из правил или совсем его не заметить. Это происходит отчасти потому, что даже если человек действует в соответствии с этими схемам *как будто* они правильные, часто не осознает их. Кроме того, противоречие связано с чувством угрозы, так что человек избегает этого оспаривания.

Есть группы дисфункциональных схем, связанные с реализацией (высокие требования к себе, потребность в успехе и т.д.), принятием (потребность быть уважаемым, любимым) и *силой* (необходимость иметь контроль над событиями, быть сильным и т.д.) (Beck и др., 1985).

Изменение дисфункциональных схем мы осуществляем аналогично изменению АНМ. Для начала необходимо их определить и сформулировать. Далее мы должны выяснить, как они действуют в мыслях, эмоциях и поведении пациента, какие стратегии на их основе он может выбрать и какой тип поведения из-за них он не смог освоить. Следующий шаг исследование истинности этих убеждений, обсуждение их преимуществ и недостатков, их реальности или преувеличе-

ния. Лечение продолжается поиском альтернативных / сбалансированных убеждений, чтобы они стали более функциональными, т. е., сохранили преимущества и устранили недостатки исходных предположений. Этот процесс происходит во время разговора с терапевтом и в рамках домашнего задания. Последним шагом является планирование и применение новых способов поведения, которые основаны на модифицированных схемах.

7.3.5.1. Идентификация дисфункциональных схем

Определить дисфункциональные схемы сложнее, чем автоматические мысли, потому что пациент их, как правило, напрямую не высказывает. Речь не идет о сознательном мыслительном процессе, но о неосознанных общих правилах, которые можно лишь предположить на основе действий и мыслей пациента. При определении дисфункциональных схем нам могут помочь следующие ориентиры:

1) повторяющиеся темы во время терапии (например, страх быть отвергнутым, самооценивание на основе достижения);
2) логические ошибки в автоматических мыслях могут отражать подобные ошибки и в дисфункциональных схемах;
3) общая оценка себя и других может отражать определенные предположения о том, какое поведение пациент ожидает от себя и от других людей;
4) воспоминания детства и семейные поговорки могут помочь определить, какие схемы воздействуют на мышление и поведение пациента в настоящее время;
5) несоответствующее отрицательное или положительное настроение может обратить внимание на то, что пациент нарушил или, наоборот, действовал в соответствии с определенной схемой.

Чаще всего мы устанавливаем схемы на основе анализа АНМ и когнитивных ошибок, которые пациент неоднократно допускает в конкретных ситуациях. Следующим способом является детальный анализ биографии, особенно самых ранних воспоминаний. Из них терапевт пытается сделать вывод, какие основные убеждения о себе, других и о будущем были привиты пациенту в детстве. Вспомогательным методом является использование анкет, например. Опросник схем (Schema questionaire, Young, 1994).

Следующим для выявления дисфункциональных схем является техника пущенной вниз стрелы. Речь идет о повторной постановке вопросов, типа «Что это значит для вас? Что в этом самое худшее? Что это говорит о других людях?» При таком подходе мы не ставим под сомнение определенные АНМ, но стараемся постигнуть их суть и основные позиции. Мы ищем так долго, пока не найдем основное правило, которым пациент руководствуется не только в конкретной ситуации, но и в жизни.

Когда мы соглашаемся, что поведение и мышление пациентом регулируется определенной схемой (правилом, позицией, убеждением), можно изучать вопрос о действительности этой схемы.

Использование техники «пущенной вниз стрелы» (Friedman и др., 2003)

Пациентка		Терапевт
Я думаю, что это свидание прошло очень плохо (напряженно улыбается). Мне до сих пор нехорошо!»		
	↓	Это свидание действительно прошло очень плохо? Мы можем это взять в качестве примера, как негативные мысли, связанны с чувством депрессии?
Нет — это правда. Он даже не упомянул о следующей встрече и не позвонил мне.		
	↓	Хм ... это звучит довольно убедительно. Если свидание прошло плохо, что это говорит о вас на самом деле?
Конфузы со мной случаются часто!		
	↓	Это действительно так?
Что-то во мне не так. (Заметно ухудшается ее настроение.)		
	↓	Например...
Я должна быть отвергнута... Я такой особый социальный случай... я сейчас чрезмерно взволнована!		
	↓	Если это правда — такая вероятность есть, что это значит для вас и Вашего будущего?
Никто меня никогда не будет любить... Останусь навсегда одинокой... старой и сумасшедшей... (плачет)		
		Кажется, что те вещи, которые вы говорите, делают вам очень больно. Я записал самые драматичные и наиболее обидные обвинения. Как вы считаете, мы можем их рассмотреть и задуматься, являются ли они действительно правдивыми?

7.3.5.2. Определение терапевтических целей

При изменении схемы мы стремимся к следующим уровням:

1. Реструктуризация. Дисфункциональную схему заменим функциональной. Это идеальная цель, однако достичь ее не всегда получается. Например, вместо убеждения «Я бесполезен» пациент придет к убеждению «Я такой же способный, как и другие люди».
2. Модификация. Дисфункциональная схема определенным способом изменяется на менее консервативную и экстремальную. Например, убеждение «Людям нельзя доверять» будет изменено на «Одним людям нельзя доверять, другим доверять можно».
3. Переинтерпретация. Существующая схема будет использоваться более конструктивным способом. Например, убеждение «Людям нельзя доверять» пациент использует только в рамках профессии охранника или полицейского; с

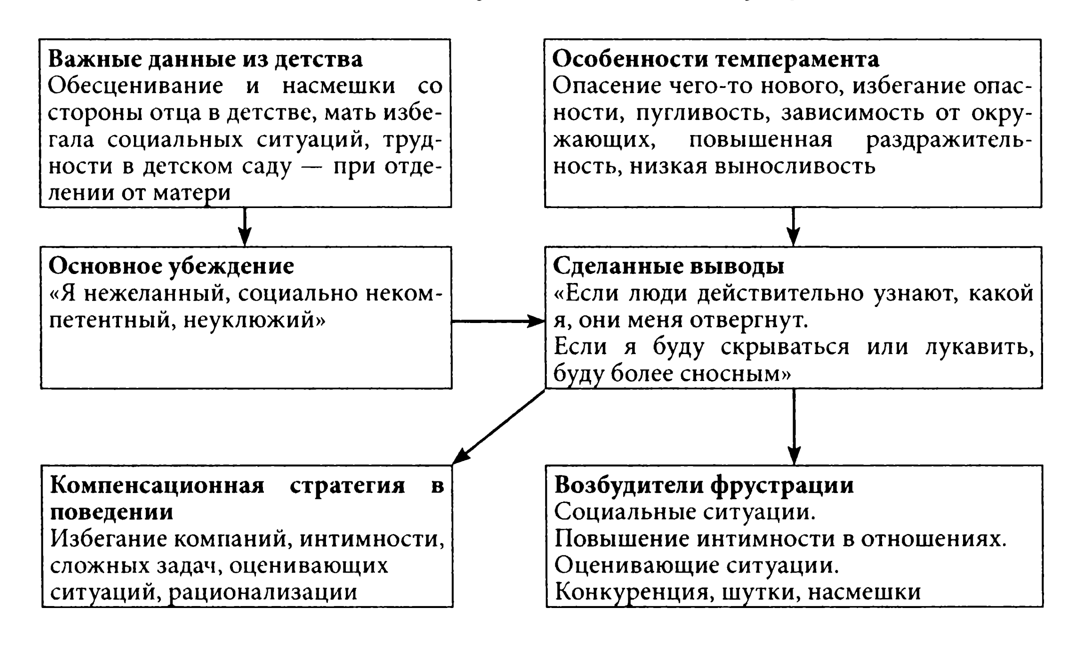
другой стороны, учится не демонстрировать его сразу, а вести себя более любезно.

4. Защита (прикрытие). Пациент учится изменять свое поведение в момент активации дисфункциональной схемы. Например, когда активна схема «Я бесполезен», он не сразу совершит попытку самоубийства, но позвонит по «горячей линии». В рамках краткосрочной терапии либо у серьезно пострадавших пациентов это возможный способ терапии.

Пример различных уровней изменения схемы

Первоначальное	Людям нельзя доверять, они с легкостью могут предать и сделать мне больно.
Реструктуризация	Людям можно умеренно доверять в большинстве ситуаций. Даже если меня предадут и сделают мне больно, я справлюсь с этим.
Модификация	Некоторым людям я могу верить, некоторым нет.
Переинтерпретация	Людям нельзя доверять, но для меня это не представляет никакой угрозы.
Защита	Людям нельзя доверять, но мое окружение меня защитит.

7.3.5.3. Разъяснение пациенту когнитивного профиля



Порочный круг фрустрации

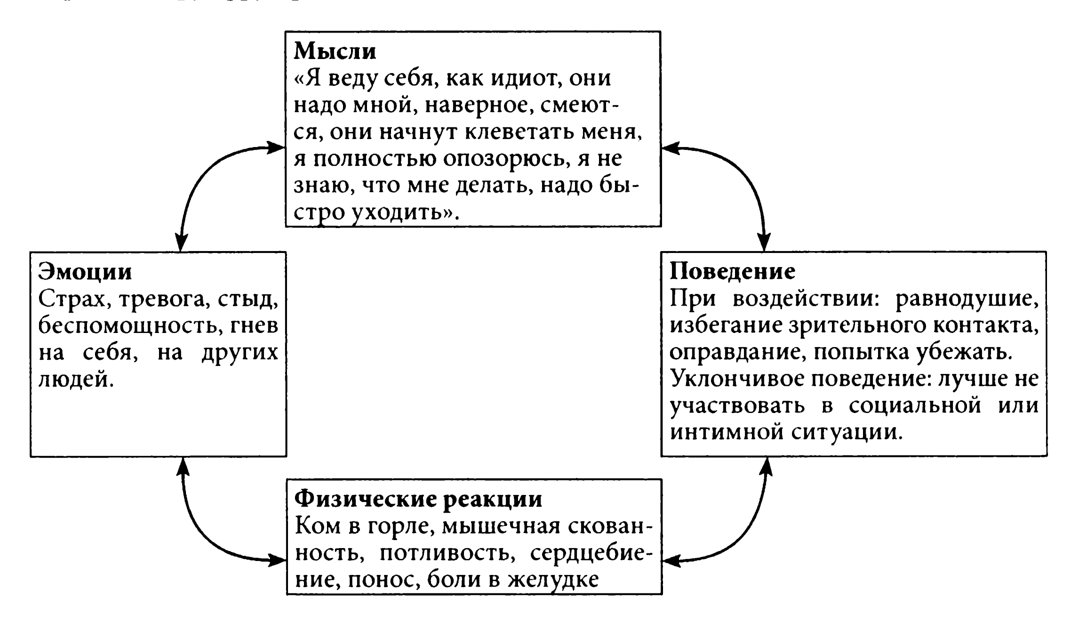


Рис. 7.4. Пример изложения случая при избегающем расстройстве личности

Терапевт помогает пациенту понять взаимосвязь между его конкретным жизненным опытом и формированием основных и компенсаторных убеждений, выведенных предположений, отношением к компенсаторным стратегиям в поведении на уровне конкретной реакции на текущую ситуацию. Эти отношения хорошо объясняются на диаграмме КБТ модели расстройства (когнитивной концептуализации), которую терапевт совместно с пациентом разработает в течение нескольких сеансов. Следующим шагом является помощь пациенту в том, чтобы понять, что эти глобальные, ригидные и глубоко скрытые позиции являются мнением, связанным с негативным жизненным опытом, а не обязательной правдой о нем, других и мире. Объяснение того, как работают информационные процессы (селективное абстрагирование и другие когнитивные ошибки), позволит пациенту понять, почему он воспринимает основные убеждения как истинные, несмотря на многочисленный противоположный опыт.

7.3.5.4. Исследование обоснованности основных (глубинных) и промежуточных убеждений

С помощью использования вопросов сократического диалога терапевт помогает пациенту определить, насколько его основные убеждения соответствуют действительности и не является ли окружающий мир все же другим. Учитывая то, что это исследование может вызвать у пациента сильную тревогу, хорошо начать с простых вопросов, обсудить преимущества и недостатки основного убеждения и его последствий в жизни. Это позволит пациенту занять позицию наблюдателя и меньше волноваться. Обычно речь идет о:

1) рассмотрении обстоятельств, при которых возникло соответствующее убеждение. Пациент должен понимать, что речь не идет об убеждении,

которое неразрывно связано с его понятиями, но о мнении, которое ему было внушено на основе поведения родителей, братьев и сестер, сверстников и других людей, что он, таким образом, может его исключить и создать другое;
2) расследовании фактов, указывающих все за и против истинности конкретной схемы;
3) создании новых позиций или модификаций, переосмыслении существующей схемы;
4) экспериментах поведения по новой схеме в повседневной жизни.

Когда пациент согласен с тем, что в действиях и мышлении он руководствуется определенным невысказанным предположением или определенным правилом, можно начать изучение и оспаривание истинности этой когнитивной схемы, как было описано при оспаривании АНМ. Подходящие вопросы для исследования дисфункциональных схем:

- Что доказывает, что это мнение верно? В чем оно несообразно, преувеличено?
- Является ли это убеждение для меня всегда правдивым и неизменным?
- В чем мне помогает это предположение? Каковы его преимущества?
- В чем это предположение может быть несообразным, преувеличенным или вводящим в заблуждение?
- Чем это предположение может мне навредить? Каковы его недостатки?
- Из чего вытекает это предположение?
- Я пришел к этому убеждению, исходя из моего опыта, или я его от кого-то перенял (от семьи, учителей, сверстников)?
- Какая более мягкая форма этого убеждения будет указывать на его преимущества и устранять недостатки?

«Какие у меня есть доказательства, что это мнение является правдивым? В чем именно это предположение является неверным?» Например, разумно ли ожидать, что жизнь всегда будет справедливой?

«Какие преимущества и недостатки для меня имеет это предположение?» «В чем это предположение является вредным?» Помогает ли это предположение пациенту в его жизни или приносит неприятности? Желательно совместно с пациентом записать все преимущества и недостатки данного убеждения, чтобы он понял, приносят они ему больше проблем, или преимуществ.

Пример работы с когнитивной схемой

Опасная схема: Чтобы быть счастливым, меня должны все любить	
Преимущества	**Недостатки**
• Отношусь к другим людям по-доброму и с симпатией. • На работе меня любят, потому что стараюсь со всеми поладить. • Я стараюсь избегать ссор и споров. • Дома спокойно. • Часто занимаюсь детьми и хозяйством. • Я способен сопереживать людям. • Я очень трудолюбив, пунктуален и вынослив	• Ненавижу критику, не умею от нее защищаться, долго о ней вспоминаю и страдаю. • Я не говорю, что думаю, а потом у меня плохое самочувствие, люди меня воспринимают как серую мышь и не уважают меня. • Я не могу сказать жене, что хотел бы изменить наши отношения, боюсь, что она на меня обидится. • Часто люди используют меня: остаюсь на работе до вечера, мне поручают тяжелые задачи, меня часто просят друзья о помощи. • Не умею сказать «нет». • Боюсь оказаться в неприятной ситуации, где мне грозит отказ. • Постоянно нуждаюсь в том, чтобы меня оценили, а так как это редко бывает, страдаю, что не смог выполнить. • Я не уважаю себя. • Я не достаточно самостоятелен, хочу, чтобы другие люди управляли мною,
Более конструктивный вид (модификация схемы). Мне нравится, когда меня другие любят, но я этого не требую любой ценой. Еще более важно оставаться самим собой. Тогда я смогу больше уважать себя. **Что бы изменилось в моей жизни.** Я стал более ассертивным, дома и на работе чувствовал меньше стресса и дискомфорта, но иногда спорю и отстаиваю свои права. Но в целом я доволен собой. **Чему я для этого должен научиться.** Ассертивности.	

«Откуда вытекает это предположение?» Хотя мы обычно не слишком подробно рассматриваем прошлое пациента, дисфункциональные схемы могут помочь пациенту осознать обстоятельства, при каких данная схема создана и как эти обстоятельства с того момента изменились.

«Какая форма этого убеждения будет поддерживать его преимущества и устранять его недостатки?» Учитывая то, что когнитивные схемы глубоко усвоены, очень трудно бывает от них отказаться. Поэтому необходимо изменить существующую схему таким образом, чтобы она реалистично отражала текущую ситуацию и не вызывала сильную эмоциональную реакцию. Например, пациент, который руководствовался схемой «Я должен быть в состоянии всегда и со всем справляться сам» был готов принять принцип «Было бы хорошо справляться со всем самому, но в некоторых случаях целесообразно просить других людей о помощи. Никто не в состоянии делать все в одиночку».

Как и при оспаривании АНМ, для дисфункциональных схем целесообразно начать с пациентом бихевиоральные эксперименты, в которых он выступает против своего начального убеждения и, таким образом, получает новый опыт. Например, пациент, решил попросить помощи у других людей, даже если он не нуждался в ней. К своему удивлению, он узнал, что это люди не будут его воспринимать как неспособного неудачника и слабака. Его отношения с людьми улучшились, потому что он перестал казаться надменным и совершенным, как раньше.

Примеры реструктуризации когнитивных схем

Схема	Конструктивный взгляд
Я должен всегда всего добиваться сам.	Я счастлив, когда я успешен, но когда у меня что-либо не получается, ничего страшного не произойдет.
Все должны меня любить.	Я рад, когда меня кто-то любит, но для меня важно оставаться самим собой.
Мир злой и опасный.	Иногда бывает, что меня кто-то обидит, но это не преобладает. Большинство людей относятся ко мне хорошо. Если я их попрошу, они помогут мне.
Как человек, я ничего не стою. Когда люди об этом узнают, они отвергнут меня.	Каждый человек имеет свою цену, и я тоже. Когда люди узнают о моих недостатках, некоторым я, возможно, стану неинтересен, но те, которые меня действительно любят, будут продолжать любить меня и с недостатками.

Запись основных убеждений. Эта форма (Beck, 1997) помогает пациенту рассмотреть их истинность на основе ежедневных событий. Со временем их влияние ослабнет.

имя: ____________________с. дата:

старое основное убеждение: Я бесполезен.

Насколько сильно вы доверяете Вашему старому основному убеждению в настоящий момент? (0—100%) 70%

На сколько процентов вы максимально убеждены в справедливости своего утверждения на этой неделе? 90%

На сколько процентов вы ему меньше всего доверяли на этой неделе? 50%

новное убеждение: Я способен, хотя у меня есть слабые стороны.

В какой степени вы верите своему новому убеждению прямо сейчас? (0—100%) 50%

доказательства, которые свидетельствуют против старого убеждения поддерживают новые	пересмотр доказательств, которые поддерживали исходное основное убеждение
Я разработала новое соглашение с господином R	Предпринимательство по-прежнему создает проблемы, НО я сделала все, чтобы их на данный момент решить.
Она получила дополнительное время от S.	Не могу заставить мать, чтобы она принимала лекарства, НО это действительно не в моих силах.
Она написала письма и звонила каждый, день, чтобы я решила проблемы с фирмой А.	Отец обвинил меня в возможном банкротстве, НО 1) компания уже имела проблемы, прежде чем я ее приобрела. 2) я разделила ответственность за непрерывные проблемы между несколькими людьми; 3) даже если компания обанкротится, это еще не значит, что я неудачница.
Продолжаю работать в проекте АБВ (добровольная благотворительная деятельность).	

Экстремальный контраст иногда может помочь пациенту сравнить себя с тем человеком, кто имеет гораздо большую степень негативных основных убеждений (Beck, 1997). Например, пациент с пограничным расстройством личности считает, что он самый злой. Терапевт предложил ему сравнить это себя с серийным убийцей, тираном детей и мужчиной, который насилует женщин (о котором в по-

следнее время писала газета). Было проведено тщательное сопоставление качества «злой человек» с тремя мужчинами. Пациент признал их гораздо более злыми, чем он.

Доказательства для старых и новых убеждений. Составление списка доказательств для дисфункционального убеждения и для нового взгляда на мир относится к типичным когнитивным техниками. Пример записи новых убеждений:

Первоначальное убеждение «я неспособна»	Новое убеждение «я способна»
Доказательство и опыт, свидетельствующие о том, что основное убеждение не всегда и при любых обстоятельствах на 100% верно	Доказательство и опыт, подтверждающие новое убеждение:
• Несмотря на то что я иногда кричу на своих детей, они меня любят. • Мой муж находился со мной при моей депрессии и поддерживал меня. • Хотя иногда с ними проблемы, дети спокойны и здоровы, они очень рады, когда находятся со мной, я их хорошо воспитала. • Друзья и родственники не бросили меня, когда я была в депрессии, даже когда я их упрекала. Наверное, я им нужна. Они воспринимают меня как способную. • На работе меня не критикуют, передо мной ставят все более ответственные задачи. • Коллеги меня любят и не осудили меня за длительный отпуск по болезни. • И в состоянии депрессии я смогла заставить себя выполнять домашние обязанности, хотя очень не хотела ничего делать.	• Мои дети мне доверяют и говорят мне об этом. Они полагаются на меня. • Я смогла сдать экзамен на заочной основе. • Я могу себя заставить выполнять долгосрочное действие и выдержать. • Я помогла моему мужу с бухгалтерским учетом, когда у него было много работы. Он это оценил. • Ханна сказала мне, что она восхищается тем, насколько хорошие у меня отношения с детьми. • Милан позвонил мне и предложил поехать в отпуск вместе с нами. Ему и его жене в последний раз очень понравилось, как я все организовала. • Я могу настолько себя контролировать, что большинство людей не заподозрят, что я себя ужасно чувствую. • Перед тем как я ушла в декрет, меня назначили заведующей магазином.

Бихевиоральные эксперименты проверяют убеждения пациента.

Предварительно создаются гипотезы о том, чем закончится ситуация, которая основана на прежней основной схеме, и другие гипотезы, основанные на альтернативной точке зрения.

Пример бихевиорального эксперимента с новой позицией при ананкастном расстройстве личности.

Старая позиция	Я должен быть совершенным во всем, иначе никто меня не будет ценить.
Конкретные ожидания	Когда я скажу матери, что хочу прервать обучение в школе, будет ссора, я это не выдержу, я ее упрекну, а она меня выгонит из дома.
Новая позиция	Я предпочитаю жить для удовольствия, чем быть во всем совершенным. Все равно остальные люди будут меня ценить.
Альтернативное ожидание	Мать будет недовольна, что я хочу прервать обучение в школе и поехать на год в Англию, однако из-за этого она не перестанет меня любить, даже если будет пытаться уговаривать меня.
Возможные проблемы	Я могу взорваться и усугубить ситуацию, мать может взорваться и обострить конфликт.
Методы, с помощью которых с ними можно справиться	Если я перейду границы дозволенного, я перед ней извинюсь и поставлю вещи на свои места. Если мать будет перегибать палку, я пойму ее: она волнуется за мое будущее.

Результат	Мать манипулировала мной, чтобы я не прерывал обучение в школе, угрожала, что в будущем не будет меня поддерживать. Наконец, она приняла мое решение и поинтересовалась, где я буду там жить и когда я собираюсь уезжать. Мы хорошо поговорили об Англии.
Насколько результат поддержал новую позицию (0—100 %)	Мать меня поддержала, хотя я не был в ее и своих глазах идеальным. Подтверждение воспринимаю на 90 %.

7.3.6. Изменение когнитивных процессов в воображении

Состояние тревоги, депрессии, приступы гнева, беспомощности и зависти нередко сопровождаются и вызываются не только негативными мыслями, но и яркими визуальными представлениями, в которых пациент видит самого себя или других людей в опасности, как другие смеются над ним, как он кому-то причиняет боль или кто-то делает больно ему. Для некоторых пациентов трудно ясно описать, что они делали в определенной ситуации, что они чувствовали и о чем думали. Но когда мы их попросим, чтобы они определенную ситуацию представили и описали свое представление шаг за шагом, как будто они смотрели сцену из фильма, они вспомнят действия, чувства и мысли. В то же время, пациенты эмоционально и физически реагируют на эти представления так, как если бы это была действительность. Пациенты, как правило, об этих представлениях не упоминают, если мы о них не спрашиваем.

Мисс Лида, пациентка с пограничным расстройством личности, имела несколько раз в день очень яркие видения, в которых она видела, как делает больно разным людям, особенно родственникам. Она наблюдала, как их разрубает топором, закалывает ножом и душит. Эти видения возникали без явного стимула. Чем больше она пыталась вытеснить их из ума, тем легче они возвращались. Они вызывали сильную тревогу. Она могла прогнать их, только причиняя себе сильную боль.

Если пациент страдает от ярких, тревожных или угнетающих представлений, то им необходимо уделять в терапии столько же внимания, сколько негативным мыслям и внешнему поведению. Существуют методы, с помощью которых эмоциональное воздействие может быть ослаблено.

Терапевтическое использование воображения в КБТ применяется прежде всего для лечения расстройств личности.

7.3.6.1. Повторение представления и перенасыщение

Как только пациент согласится описать свое видение ситуации, которая в нем вызывает неприятные ощущения, можно попросить его это описание несколько раз повторить и одновременно оценить, если его впечатление как-нибудь изменилось. Как правило, при повторении происходит снижение неприятных ощущений. В этом случае, мы в качестве домашнего упражнения мы дадим пациенту задание повторять это представление о ситуации несколько раз в день, пока оно в нем не перестанет вызывать эмоциональный отклик.

Следующий распространенный вариант состоит в том, что содержание представления при его неоднократном повторении меняется так, что первоначально

не соответствующие и чрезмерно преувеличенные обстоятельства смягчаются и становятся реальными. Бек (1985) приводит пример пациента, который боялся подавать рекламацию на дефектный товар в магазине. По просьбе терапевта он описал свое представление ситуации, в которой на него начал кричать продавец, вульгарно оскорблять его. В конечном итоге он был подвергнут физическому нападению. При повторении этого описания он начал воображать, что продавец его жалобу спокойно выслушал и заменил бракованный товар на новый. Это спонтанное изменение представления пациент может попробовать осуществить в реальной жизни.

Другим вариантом является перенасыщение в представлении.

Вероника, пациентка с гистрионическим расстройством личности, страдала от навязчивого агрессивного представления, что пинает мужчин, которых встречает на улице, ногами в пах и нецензурно ругается. Это представление было связано с травматическим событием, произошедшим 3 года назад, когда Вероника была изнасилована пьяным другом. Тогда она об этом никому не рассказала, потому что было стыдно. Тем не менее через полгода у нее появилось навязчивое агрессивное представление. Оно возвращалось к ней каждый раз, когда она встречала мужчину, похожего на бывшего друга. Она боялась, что может совершить то, что делает в навязчивом представлении, что мужчина за это действие потом обязательно отомстит ей. Она перестала выходить из дома. Если ей нужно было выйти на улицу и представление заново появлялось, она пыталась отвлечь внимание, но все же испытывала сильное беспокойство. Наконец, она перестала выходить из дома. Через полгода это представление перенеслось с улицы домой. Она стала опасаться, что может подобным образом напасть на своего мужа и маленького сына.

Одним из методов, используемых в случае Вероники, было перенасыщение агрессивным представлением. Она получила задание написать худший вариант агрессии и его последствия. Сначала у нее были сомнения, но потом она описала, как матерно ругает своего сына и пинает его в пах, наносит ему тяжелые травмы. За это ее приговорили к тюремному заключению. Никто из семьи не хочет её знать, в тюрьме она одинока, другие заключенные, после того как узнали, что она сделала с сыном, ее мучают. После выхода из тюрьмы ее нигде не ждут, она спивается и живет, как бездомная. Она голодна, ей холодно. Наконец, она умирает старой, бедной, больной и одинокой. Представление с такими последствиями сначала вызвало ужас, потом жалость. При повторном переписывании Вероника плакала и была недовольна собой. Однако через час изложения этой катастрофической ситуации она почувствовала снижение негативных эмоций. Она стала описывать эту ситуацию, ежедневно в течение недели. Навязчивая идея исчезла из повседневной жизни. В последующие недели Вероника совершала воображение в естественных условиях: выходила на улицу и находилась среди мужчин. Ей было поручено представить себе, как каждого из них она пинает в пах, а затем реакцию каждого мужчины. Представление становилось все более отрывочным, пока полностью не исчезло.

7.3.6.2. Управляемое изменение представления

Этот метод может быть использован при лечении пациентов, которые страдают навязчивыми воспоминаниями о травматическом событии.

Тридцатилетняя Павла находится на 6-м месяце беременности. Четыре года назад она потеряла ребенка, которого ждала 6 мес. На УЗИ было обнаружено нарушение развития плода, не совместимое с жизнью. Плод был хирургически изъят. Несколько лет она грустила, вспоминала о беременности, стала сварливой, раздражительной. Она страдала. В течение одного года душевная боль утихла. Сейчас она снова забеременела. Однако начиная с 3-го мес. Павла стала чрезмерно нервной, вечером плохо засыпала, стала сверхчувствительной, раздражительной, беспокойной. Иногда у нее в голове возникали тревожные мысли, всё ли с ребенком в порядке. Она пыталась их отогнать, не хотела думать о чем-то подобном. Это получилось, но она находилась в состоянии стресса. Две недели назад у нее брали анализ амниотической жидкости для генетического обследования. Через 2 дня после обследования она вдруг обнаружила, что ей трудно дышать, она задыхается. Это испугало ее. Она начала контролировать свое дыхание и чувствовала, что не в состоянии сделать глубокий вдох. Ночью она из-за этого не может нормально спать, иногда ощущает сильное сердцебиение. Она убеждена, что из-за страха не получает достаточно кислорода. Ночью она по-прежнему следит за своим дыханием. Свой страх перед генетическим обследованием отрицает. Ребенок ведь должен быть в порядке.

С Павлой мы возвращаемся к предыдущей беременности. Представление постепенно меняется, когда мы вспоминаем то, как за ней ухаживал муж и защищал ее после потери ребенка. Тревожные представления притупляются. Далее мы переходим к заботе мужа о ребенке, которого она носит сейчас. Павла постепенно обрабатывает представление о том, как ребенок в ее животе спокойно плавает, получает от нее все питательные вещества и чувствует себя в полной гармонии и любви, так как они внутренне связаны. Она включает ему музыку, которую любит, и ребенок плавает в ее ритме. Тогда мы переходим к моменту рождения. Павла представляет, как стенки матки сокращаются и начинают выталкивать ребенка. Он пробирается наружу, она ему в этом помогает. Потом она представляет, как ребенок у нее на руках, она кормит его грудью и обнимает его.

Другой вариант изменения тревожной ситуации: пациент в своем воображении изменяет размер, расстояние и другие свойства объектов, от которых он чувствует угрозу. Например, пациент, который боится межличностных ситуаций, может снизить свой уровень страха, когда представит людей, которых он боится, в одних трусах и т.д.

7.3.6.3. Проекция времени

Если пациент обеспокоен ситуацией, которая его ожидает, можно попросить его представить, как он эту ситуацию будет оценивать через несколько месяцев или лет. Этот метод предложил А.А. Лазарус (1968). Он приводит пример пациентки, которая очень боялась неверности своего мужа и считала это катастрофой.

Терапевт предложил ей представить ситуацию, что муж ей действительно изменяет и какой будет ее реакция через неделю и через 6 мес. Пациентка была в состоянии представить себе, что она смогла бы постепенно с этой реальностью справиться и решить, стоит ли оставаться в браке.

7.3.6.4. Декатастрофизация представления

Пациент часто представляет ситуацию как полную катастрофу, в которой время останавливается и неприятные чувства длятся вечно. Можно помочь пациенту, задав вопрос, что могло бы действительно произойти, если бы эта ситуация продолжилась, какие самые худшие последствия можно было бы ожидать. Мы работаем с так называемым катастрофическим сценарием, но должны быть осторожны, чтобы не сенсибилизировать пациента. Поэтому перед «катастрофой» необходимо обсудить ее вероятность и объяснить цель такого воздействия. Один из наших пациентов, страдающий ипохондрическим расстройством, сначала испугался, что его готовят к смерти, чтобы он с ней смирился. При повторном обсуждении худшего сценария, как правило, происходит привыкание. Более того, даже если дело дойдет до этой альтернативы, можно разобрать с пациентом все варианты действий в случае наихудшей ситуации. Как правило, пациент понимает, что можно справиться с данной ситуацией.

Мартин — 22-летний студент — обратился из-за ипохондрического расстройства личности, которое длится уже 2 года. Он должен ходить полностью одетым, не может заниматься спортом или догнать автобус, рассматривает себя в зеркале, не пожелтели ли склеры, не приобрело ли лицо серый оттенок, 2 раза в час измеряет температуру тела, повсюду ходит с отцом, который ему оплачивает дорогостоящие обследования в лучших медицинских учреждениях. Мартин опасается, что заболел лейкемией. Вот почему он прошел многочисленные обследования.

После тщательного изучения трудностей мы работаем с Мартином над декатастрофизацией его представления о болезни. Для начала мы обсуждаем вероятность заболевания лейкемией, все доказательства за и против. Мартин говорит, что у него колеблется суточная температура на 1 градус, он чрезмерно потеет, чувствует себя сильно усталым, иногда у него одышка и учащенное сердцебиение, ему кажется, что у него серая кожа. Ни одно доказательство не убеждает врачей, они находят другие причины этих симптомов. После того как Мартин полностью исчерпал доказательства существования лейкемии, мы обсуждаем показания против: утверждения специалистов, повторные негативные результаты лабораторных исследований, опасения сохраняются в течение 2 лет, его хорошее состояние. Мы предложили Мартину обсудить то, чего он опасается больше всего, чтобы вместе выяснить способ решения в самом худшем варианте: пребывание в онкологическом отделении, истощение, пожелтевшую пергаментную кожу с кровавыми пятнами, больничный запах, потерю волос, неискреннее поведение людей вокруг, которые ему не хотят сказать о том, что он умрет, операцию на костном мозге, после которой он умирает. Далее мы разбираем представления Мартина о том, что будет после смерти. У него их несколько. Первый вариант:

не будет ничего. Он не будет ничего чувствовать, поэтому это не имеет значение. Второй вариант: его душа будет летать вокруг отца, который его не увидит, не сможет с ним поговорить. Потом отец бросит мать, и он, Мартин, не сможет повлиять на эту ситуацию. Мать будет несчастна и одинока без сына и без мужа. Она будет несчастна год или два, потом найдет кого-нибудь и будет довольна. Отец тоже найдет другую женщину. Так они будут жить долго и счастливо. После смерти они встретятся с Мартином, который будет их ждать. Мартин это считает достойным окончанием. Мы обсуждаем сценарий последних 6 мес. его жизни, которые у него остались, прежде чем он умрет от лейкемии. Он решил, что все имеющиеся деньги вложит в поездку на Тибет. Он туда поехал бы с отцом и братом. Они привезли бы его на коляске на высоту более 5000 м. Это будет хорошим концом жизни.

Работа с воображением и катастрофическим сценарием, который мы неоднократно повторяли, помогла Мартину избавиться от страха перед болезнью, приобрести больше смелости для самостоятельной жизни. В течение следующей индивидуальной терапии, которая длилась 8 мес., Мартину удалось уехать от родителей и познакомиться с девушкой.

7.3.6.5. Создание утешительного представления

Если пациента беспокоят неприятные мысли и опасения, желательно создать определенные защитные представления ситуаций, в которых он чувствует себя спокойно, в безопасности и расслабленно. Это успокаивающее представление яркое, со всеми чувственными восприятиями и эмоциональным сопровождением. Оно очень индивидуально. Пациент может создать его на основании либо воспоминаний о местах или ситуациях, в которых он всегда чувствовал себя хорошо, либо собственной фантазии. Это представление может быть использовано в ситуациях, когда нужно успокоиться или защититься от навязчивых и негативных мыслит.

7.3.6.6. Создание преувеличенного представления

Некоторым пациентам может помочь доведение до негативного абсурда представление, т. е., развитие его в худшей форме, чем это было изначально. Бек (1985) приводит пример пациентки, которая боялась реакции публики на ее доклад. Она представляла, как все смеются над тем, что она говорит, кричат на нее и бросают в нее помидоры. Исходное представление к этому времени перестало ее волновать.

Другая пациентка представляла, что колет ножом своих детей. Чем больше она пыталась подавить это, тем больше оно приобретало навязчивый характер и пугало ее. Терапевт в рамках сеанса помог ей вообразить, как она колет ножом не только детей, но и мужа, всех соседей, а затем и людей в городе. Когда она это вообразила несколько раз, то обнаружила, что начальное представление ее не пугает. Ее тревога существенно снизилась.

При так называемом погружении в воображение пациент с помощью терапевта пишет сценарий худшего из возможных вариантов межличностных ситуаций, которых он опасается. Сценарий включает описание физических симптомов и реакцию других людей («Я чувствую, как краснею и потею. Все думают о том, какой я дурак!»). Далее терапевт неоднократно проговаривает этот сценарий, в то вре-

мя как пациент его представляет во всех деталях. Важно, чтобы это воздействие в воображении продолжалось до тех пор, пока чувство тревоги не уменьшится.

Пример погружения в представлении:

Я собираюсь на конференцию «Вопросы химического производства». Уже заранее я беспокоюсь. Я студент, должен выступать среди специалистов. Это будет позор. Но школа послала именно меня. Если я туда не поеду, это тоже будет позор. Я еду туда на поезде и уже плохо себя чувствую. У меня определенно будут сложности добраться туда от станции, я никогда там не был. Мне придется спрашивать незнакомых людей, как туда пройти. Мой голос будет дрожать. Я точно опоздаю. Я очень не люблю куда-либо опаздывать. Я захожу, мое сердце бешено бьется, меня тошнит, мне плохо. Все смотрят на меня. Они думают: «Что это за молодой человек, зачем он вообще сюда пришел? Ведь в таком молодом возрасте он еще ничего не может знать. Он выглядит, как студент». Все меня строго рассматривают. Я краснею, мое сердце бешено бьется, я ужасно потею. Я хочу, поздороваться, но голоса у меня нет, я начинаю шептать. Я хочу провалиться сквозь землю от позора. Какой-то строгий мужчина спрашивает меня: «Вы откуда, молодой человек?» Я хочу ответить, но мой голос полностью пропадает. Я смотрю на него в ужасе. Мое горло сжалось, я не могу выдать ни звука. Я пытаюсь пробормотать свое имя: «НННННН», но я не в состоянии артикулировать. Мужчина смотрит на меня подозрительно. «Вы откуда? Вы не знаете, что ответить, когда я вас спрашиваю?» Он задает вопрос раздраженным голосом. «Посмотрите, как он глазеет, — говорит другой человек, стоящий рядом с ним. — Лучше его не трогайте, он не в себе». Другие люди с любопытством меня рассматривают. Я красный, пот льет со лба, меня сейчас вырвет. Ради Бога, только не это. Когда об этом случае узнает доцент, он подумает, что я абсолютно ни на что не способен. «Это не тот ли студент, который приехал от доцента Кабелева? — спрашивает другой мужчина. — Он мне звонил и сказал, что сюда направляет талантливого студента, которого он хотел бы оставить на факультете». Я хочу это подтвердить, но, другой мужчина говорит: «Он не выглядит как способный студент, посмотрите на него, он, наверно, не сможет посчитать и до 5». Они перестают меня замечать. Я стою там, остолбеневший от ужаса, и не знаю, что мне делать. Я хочу уйти, но тут я вспоминаю, что должен забрать для доцента Кабелева книгу у профессора Тервина. Мне нужно кого-то спросить, где я могу его найти. Меня снова прошибает холодный пот. Я не могу произнести это имя. Мое сердце бьется, как колокол. Меня снова начинает тошнить. Я с трудом сдерживаюсь. Пот стекает по вискам. У меня начинают дрожать руки. Мое сердце сильно бьется. Я вижу все вокруг в размытом виде и чувствую себя, как во сне. Что же я хотел спросить? Я кладу руку на плечо мужчины, который стоит спиной ко мне. Он не реагирует на меня. Я чуть сильнее зажимаю его плечо, и он вдруг гневно оборачивается: «Что ты делаешь?» Я, заикаясь, говорю, что хочу поговорить с профессором Тервином. Он показывает мне человека, который говорил со мной в самом начале. Он сразу поворачивается ко мне и спрашивает с презрением: «Вы от меня что-то хотите?» Заика-

ясь, говорю что-то о доценте Кабелеве. Я забыл название книги. Тервин смотрит на меня с презрением и говорит: «Вам я книгу не доверю. Пусть за ней пришлют кого-нибудь другого». У меня такое ощущение, что я падаю в пропасть. Я чувствую, что теряю сознание, и в то же время чувствую позывы к рвоте. Едва могу сглотнуть. Тервин поворачивается ко мне спиной. Я думаю, что мне нужно срочно уйти в туалет, но не знаю, где он находится. Спросить кого-нибудь я боюсь. Тем не менее я должен принести книгу. Я заново должен подойти к Тервину.

7.3.6.7. Практикование представления

При планировании домашнего задания иногда уместно, чтобы пациент прошел сеанс воображения. Так, он сможет подготовиться к вероятным проблемам и поймет, как их решить. Эта подготовка в воображении у большинства пациентов увеличит готовность решить задачу, потому что во время повторного представления интенсивность тревоги постепенно уменьшается. Уилсон (1987) рекомендует проводить тренировку двумя последовательными этапами.

На первом этапе пациент должен будет представить *самого себя после того, как ему удалось успешно выполнить* задачу. Для пациента легче представить сам факт успешного выполнения задачи и испытать чувство облегчения и гордости, вызванное этим представлением; при этом укрепится желание выполнить эту задачу. Представление собственного успеха ослабляет обычные схемы мышления, направленные на ожидание неудачи. Пациент предварительно в рамках сеанса должен освоить это представление, причем терапевт должен позаботиться о том, чтобы пациент после успешного выполнения задачи не только представил свою ситуацию, но и эмоционально вообразил похвалу других людей.

На втором этапе пациент представляет, *как он выполняет* определенную задачу. Пациент занимает позицию наблюдателя. Если он чувствует повышенную тревожность, можно прервать это представление и вызвать утешительную мысль. Если пациенту удается в представлении успешно решить эту задачу, он должен себя похвалить и испытать чувство радости. Пациент может представить себе физические реакции и мысли во время выполнения задачи, включая успокаивающий монолог. В конце решения этой задачи пациент может предположить проблемы и способы, с помощью которых он с ними справится. Важно, чтобы пациент закончил обучение с приятным чувством, с ощущением того, что он справился с данной задачей.

7.3.6.8. Представление будущего

Melges (1982) рекомендует в конце терапии, когда пациент уже научился справляться с неприятными эмоциями, создать ему подробную картину собственного будущего на несколько месяцев вперед. Желательно выбрать конкретную дату (день рождения пациента или новогодний праздник). Пациент должен представить себе, как он проведет этот день, как в это время изменятся его поведение и понятия. Терапевт задаёт пациенту вопросы так, как будто этот день из будущего уже наступил. Он спрашивает, что ему удалось за это время достигнуть, какие возникали трудности, каковы его отношения с близкими людьми, каков его статус на работе и т.д. Пациент может лучше уяснить, что именно он хочет до-

стичь после терапии, как он будет действовать, о чем беспокоиться. Мы должны обратить внимание пациента на нереальные планы, чтобы он не ожидал изменения ситуаций, на которые он не может повлиять (например, чтобы он уделял больше внимания изменениям в своем поведении, чем ожидал изменения в поведении других людей). Пациент должен детально представить, как он проведет определенный день, это представление воображать каждый день. Это будет напоминать ему на каких целях он должен сосредоточиться и какое поведение он должен практиковать.

7.3.7. Изменение когнитивных схем в воображении

Эмпирические методы (использование воображения или ролевые игры) применяются для эмоциональной реструктуризации. Они, применяются для двух целей:

1. вызвать эмоциональные состояния, связанные с когнитивными схемами;
2. научить пациента управлять этими эмоциями в безопасной атмосфере.

Целью эмпирических методов является испытание нового эмоционального (корригирующего) опыта и связь когнитивного понимания с эмоциональными состояниями (Young, 2003). Янг убежден, что без их использования в КБТ невозможно изменить малоадаптивные схемы, потому что они недоступны для сознательного контроля.

Разъяснение работы с воображением длится 5 мин, самому процессу воображения отводится 25 мин, а следующие 20 мин требуются для обработки того, что испытал пациент. Перед использованием воображения при работе со схемами необходимо объяснить пациенту смысл этого метода. К Пациент на когнитивном уровне должен уметь распознавать дисфункциональные когнитивные схемы, понимать, как они работают, как возникли, что их держит и какое (положительное или отрицательное) влияние они оказывают на него. Цель воображения в том, чтобы в расслабленном состоянии представлять неприятные переживания из детства, а затем соответствующий опыт из взрослой жизни, который активирует малоадаптивные схемы, и изменить эмоциональную поддержку этих схем.

7.3.7.1. Начало воображения

Основной принцип при работе — как можно меньше использовать устные инструкции. Важно, чтобы этот процесс инициировал пациент, а не терапевт. Терапевт дает только общие указания.

> *«Теперь закройте глаза и откройте свой ум для воображения... Скажите мне, что появляется перед вашим внутренним зрением. Смотрите на это, как на фильм, который вы проживаете, и одновременно, рассказывайте мне о нем».*

Терапевт может помогать пациенту вопросами. «Что вы сейчас видите? Что вы слышите? Вы видите себя в своем воображении? Как вы там выглядите?»

После того как представление будет создано, терапевт спросит о мыслях, эмоциях и других характеристиках, которые связаны с воображением. «Что вы чувствуете? О чем вы думаете? У вас возник стимул что-либо сделать? Что происходит в вашем теле? Чего вы в этот момент больше всего хотите?»

В конце работы терапевт просит пациента открыть глаза и задает вопросы: «Каким был для вас этот опыт? Что для вас значили эти представления? Какие темы появились? Какие схемы связаны с этими темами?»

Терапевт помогает пациенту испытывать его представления как можно более интенсивно, чтобы появились все важные эмоции, связанные с ними. Эмпатическое поведение терапевта помогает пациенту испытать сильные эмоции.

7.3.7.2. Представление безопасного места

Работу с воображением целесообразно начать с представления безопасного места. Это очень важно, особенно для эмоционально неустойчивых и травмированных пациентов. Приведем отрывок из учебника Янга и соавт. (2003). 42 летний Гектор обратился за помощью по настоянию своей жены Эшли, которая угрожает ему разводом. Ее главной жалобой было то, что он сдержанный, холодный, но легко взрывается. После объяснения оснований работы с воображением пациент с терапевтом создают представление о безопасном месте.

Терапевт: *Как вы думаете, мы могли бы сегодня поработать с вашим воображением?*

Пациент: *Я думаю, что да.*

Терапевт: *Пожалуйста, закройте глаза и представьте, что находитесь в безопасном месте. Пусть представление безопасного места само придет в ваши мысли. Когда оно появится, скажите мне об этом.*

Пациент *(через несколько минут): Я вижу фотографию. (длинная пауза)*

Терапевт: *Что на этой фотографии?*

Пациент: *Мы с братом выглядываем из окна нашего деревянного дома. Этот дом для нас построил дядя.*

Терапевт: *Скажите мне, что вы еще видите, когда смотрите на эту фотографию.*

Пациент: *Я вижу нас обоих... (открывает глаза) Это действительно фотография, я помню ее. (закрывает глаза) Я вижу нас обоих, мы смеемся.*

Терапевт: *Хорошо. Держите глаза закрытыми... Вы можете увидеть себя?*

Пациент: *Да.*

Терапевт: *Сколько вам лет?*

Пациент: *Около 7.*

Терапевт: *Какое время года?*

Пациент: *Осень. Листья вянут, падают.*

Терапевт: *Отлично. Оставьте свои глаза закрытыми. Я хотел бы, чтобы вы стали маленьким мальчиком, как на фотографии. Посмотрите вокруг себя и скажите, что вы видите.*

Пациент: *Хорошо. Я рядом со своим братом, мы выглядываем из окна дома.*

Терапевт: *Что вы еще видите?*

Пациент: *Я вижу моего деда, он стоит рядом с домом и фотографирует нас. Я вижу улицу, деревья и окрестности. Все дома одинаковые, стоят близко друг к другу, каждый с небольшим газоном.*

Терапевт: *Какие звуки вы слышите?*

Пациент *(пауза): Я слышу звуки клаксона и человеческие голоса. И еще пение птиц.*

Терапевт: *Не могли бы вы сейчас развернуться и осмотреться вокруг. Что вы видите?*

Пациент: *Вижу небольшую деревянную комнату. Она обита необработанным материалом. Он повсюду, куда я ни посмотрю. Посередине комнаты ствол огромного дерева, его ветви опускаются на землю. Внутри полумрак. На улице свет, но никто не смотрит внутрь. Если мы будем молчать, никто не будет знать, где мы находимся.*

Терапевт: *Что вы теперь слышите?*

Пациент: *Вокруг тихо, очень тихо. Я слышу только, как трепещутся листья на ветру.*

Терапевт: *Вы что-нибудь чувствуете?*

Пациент: *Да, что-то вроде травы. Я люблю природу.*

Терапевт: *Как вы себя здесь чувствуете?*

Пациент: *Хорошо, очень хорошо. Я чувствую, что нахожусь в тайном месте, специальном тайном месте. Я чувствую себя очень комфортно.*

Терапевт: *Как вы себя чувствуете физически?*

Пациент: *Мое тело расслаблено.*

Цель воображения безопасного места успокоить и расслабить пациента. Поэтому терапевт избегает негативных моментов. Свои мысли он высказывает в позитивных терминах (например, вместо того чтобы сказать: «Здесь нет никакой опасности» говорит: «Вы в безопасности»). Некоторые пациенты, особенно те, которые имеют значительный травматический опыт, когда они в детском возрасте испытали сексуальное насилие или их мучали, не в состоянии самостоятельно вообразить безопасное место. Возможно, у них его никогда и не было. В этом случае терапевт помогает им вообразить безопасное место. Красивые сцены природы (пляж, горы, луг) или лес могут вызвать у пациента приятные чувства безопасности. Тем не менее даже в этом случае некоторые пациенты не могут вообразить безопасное место. Тогда можно предложить кабинет. Терапевт направляет мысли пациента на окружение кабинета в начале и конце воображения. Он просит описать то, что видит, чувствует, слышит, испытывает пациент, до тех пор, пока он не почувствует себя спокойно.

7.3.7.3. Воображение воспоминания из детства

Если у пациента создано представление о безопасном месте, где успокоиться, можно работать с болезненными представлениями из детства. Как правило, мы сосредоточены на следующих представлениях (на каждом сеансе мы рассматриваем одно представление):

1. любое болезненное воспоминание из детства;
2. болезненное воспоминание из детства с каждым из родителей по отдельности;
3. болезненная ситуация с близкими людьми, в том числе со сверстниками, которые участвовали в формировании дисфункциональной когнитивной схемы.

Приведем пример работы с 40-летним Георгием. Он страдает соматоформной вегетативной дисфункцией и имеет проблемы с открытостью и близостью. Хотя он хочет иметь близкие и открытые отношения в браке и в дружеских отношени-

ях, всегда уходит и остается сдержанным. Близкие отношения, которые он наблюдает, его не устраивают.

Терапевт: *Мы можем попробовать вернуться в воображении к ситуации с отцом в детстве?*

Пациент: *Да, можем.*

Терапевт: *Хорошо. Закройте глаза и расслабьтесь.*

Пациент: *закрывает глаза.*

Терапевт: *Единственное, о чем я вас хочу попросить, чтобы у вас были закрыты глаза, и вы представили себя рядом с отцом, когда вы были маленьким. Не заставляйте себя это представить, пусть оно появится само. Когда вы его увидите, попробуйте мне о нем рассказать.*

Пациент: *Хорошо, я попробую (пауза, через некоторое время он начинает учащенно дышать) ... Я уже вижу моего отца.*

Терапевт: *Опишите мне, что вы видите.*

Пациент *(глубоко дышит): Он стоит рядом со мной и кричит на меня. Он, в отличие от меня, очень крупный, я очень боюсь. У меня течет кровь изо рта, потому что я упал с горки. Он очень раздражен. Я боюсь, что он меня будет бить. У меня ужасно болит язык и рот, но еще больше я боюсь отца.*

Терапевт: *Что еще с вами происходит?*

Пациент: *Мне ужасно страшно. Я боюсь этой крови и отца. Я боюсь, что он меня будет бить и выгонит. Он меня бросит. Я знаю, что он запретил мне кататься с горки. Это моя вина. Я плачу. При этом мне очень хочется, чтобы он взял меня на руки. Я еще очень маленький. Мне 3 года (плачет).*

Терапевт: *Вы можете ему в этом представлении попробовать сказать, что от него хотите?*

Пациент: *Могу попробовать ... Папа, папа (плачет), я хочу к тебе!*

7.3.7.4. Возвращение в безопасное место

В конце работы с представлениями, терапевт возвращает пациента из воображения в реальность, просит его открыть глаза. Затем они обсуждают ситуацию, которую он представил. Они рассматривают когнитивную схему, с которой было связано воображение. В приведенной ситуации это была схема «Одиночество». Они говорят о влиянии этой схемы на текущую ситуацию — как она действует на проблему пациента по поводу его боязни привязаться к кому-либо, чтобы не быть преданным и брошенным.

Если пациент испытывает беспокойство в конце воображения, целесообразно вернуться с ним к представлению безопасного места. Иногда из-за напряжения невозможно переместиться в представлении в безопасное место, особенно когда это связано с болезненным событием из детства. В этом случае терапевт может «приземлить» пациента, попросив его с открытыми глазами описать комнату, в которой он в настоящий находится, что он видит и слышит. Он говорит с пациентом о нейтральных вещах, может предложить ему чай и печенье. Важно дать пациенту время для того, чтобы успокоить. Терапевт должен быть уверен в том, что пациент уходит с сеанса уравновешенным.

7.3.7.5. Воображение, связывающее прошлое с настоящим

После обсуждения важных представлений из детства, связанных с формированием ранних малоадаптивных схем, терапевт ведет пациента к тому, чтобы тот представил себе настоящие ситуации, в которых он чувствует себя подобным образом. Это позволяет создать связь между детскими воспоминаниями и его взрослой жизнью. Приведем пример продолжения работы по воображению с Георгием.

Терапевт: *Закройте глаза. Выдохните... С каждым вдохом в вас входит спокойствие, а с каждым выдохом оно проходит через все тело... Теперь, когда мы вернемся к чувствам из последнего воображения с вашим отцом, вы можете представить себе ситуацию с аналогичными чувствами в зрелом возрасте?*

Пациент: *Не знаю.*

Терапевт: *Не обязательно стараться, пусть воспоминания придут сами. Когда что-либо появится, дайте мне знать...*

Пациент: *Я не знаю, если это оно... Я вспомнил, как я приехал из Соединенных Штатов. Я привез семье подарки. Дети были счастливы. Но Вера, моя жена, не была рада. Сначала она молчала, а потом стала упрекать меня в том, что я потратил деньги на глупости.*

Терапевт: *Вы можете вернуться к этому воспоминанию как к эпизоду из фильма? Вы видите эту ситуацию?*

Пациент: *Подождите... Я вижу Веру. У нее каменное выражение лица. Я полностью подавлен. Я хочу это как-нибудь изменить, но во мне растет разочарование. Я ждал с нетерпением, как все будут радоваться подаркам.*

Терапевт: *Можете ли вы описать, свои чувства?*

Пациент: *Я чувствую разочарование и даже беспомощность. Я не могу с этим ничего поделать. Я очень хотел, чтобы она была мне рада, счастлива. Это моя вина, я должен был выбрать другие подарки. Я чувствую себя, как брошенная паршивая собака. Опять я все сделал неправильно, у меня нет шансов. Мне хочется плакать, мне стыдно. Я пытаюсь понять, что произошло за время, пока меня здесь не было. Я уже не очень воспринимаю, что происходит. Я до сих пор ошеломлен, в то же время начинаю злиться на Веру. Но я также зол на себя за этот гнев. Это все моя вина. Я совершаю глупые поступки, поэтому меня никто не любит, не ценит.*

Терапевт *(пауза, выжидает, когда закончится аффект, после успокоения пациента продолжает) Теперь вы можете сказать Вере что-то подобное, что в последний раз сказали отцу. То, что вы от нее хотите больше всего.*

Пациент: *Я не знаю, я действительно не знаю, чего хочу от нее. Чтобы она меня больше любила...*

Терапевт: *Попробуйте еще раз представить ее в своем воображении и скажите ей это прямо в глаза.*

Пациент *(долгая пауза): Ты меня раздражаешь, Вера. Я с нетерпением ждал, как ты будешь радоваться подаркам, а ты опять была недовольна. Ты была недовольна уже много раз. Это меня раздражает. Очень. И еще больше мне обидно... Я люблю тебя. Я очень хочу, чтобы ты была счастлива. Мне это нужно... Я хочу, чтобы ты еще больше меня любила... не пренебрегала мной, когда я делаю ошибки. Потому что я не такой уж плохой. Хотя я иногда со-*

вершаю ошибки, я неплохой. У меня много достоинств. И я хочу, чтобы ты это знала.

Почти все, что Георгий сказал своей жене Вере, он мог бы сказать своему отцу. Тема очень похожа — «одиночество». Георгий чувствует, что его близкие не в состоянии выразить ему теплые чувства и близость, потому что они эмоционально неустойчивы, часто в гневе взрываются или критикуют его в ситуациях, когда он нуждается в их участии.

После представления терапевт помогает пациенту высказать, что произошло во время воображения. Это вызывает когнитивную интеграцию сильных эмоциональных состояний, которые испытал пациент.

7.3.7.6. Диалоги в воображении

О диалогах частично сообщалось в предыдущих примерах представлений. Терапевт инструктирует пациента, чтобы тот вел диалог с людьми, которые либо участвовали в создании его малоадаптивных схем в детстве, либо укрепляют его схемы в зрелом возрасте. Янг рекомендует использовать в этих диалогах три режима: «Уязвимый ребенок», «Дисфункциональный родитель» и «Здоровый взрослый» (Young и др., 2003.).

Первыми важными людьми в детстве являются родители, поэтому работа с диалогами в воображении обычно начинается с них. Терапевт просит пациента закрыть глаза и представить себя с родителями в болезненной или неприятной ситуации. Затем он просит пациента выразить родителю как можно более ясно, что он к нему чувствует в данный момент. Терапевт помогает пациенту осознать детские запросы и выразить гнев на родителя за то, что он потребности не понимает. Результатом является не только очистительное действие после выражения гнева, но борьба с собственной схемой, которая позволяет пациенту от нее дистанцироваться, а также изменить. Когда пациент говорит: «Я больше не хочу, чтобы она меня критиковала! Я не хочу, чтобы ты в дальнейшем меня контролировал, ругал меня или упрекал! Мне нужна любовь, а ты мне ее не даешь! Мне нужно, чтобы ты меня наконец-то принял, похвалил, чтобы ты меня посадил на колени!», он чувствует очищение, не поддается родительскому давлению, а полагается сам на себя. Иногда зависимость настолько сильна (схема «Подчинение»), что пациент сомневается в том, что он может быть критичным по отношению к родителям. В этом случае имеет место рациональный разговор об универсальных потребностях и правах ребенка.

Некоторые пациенты говорят, что из-за воображаемого диалога у них возникает чувство вины. Они считают, что выражать гнев по отношению к собственным родителям плохо или аморально. Родители не заслуживают этого, либо всегда все делали правильно и руководствовались благими намерениями. Терапевт не считает родителей плохими и не критикует их поведение, а лишь указывает на поступки, которые привели пациента к созданию его малоадаптивной схемы. Родители часто и сами не понимают последствий своего поведения.

Для многих пациентов гнев по отношению к родителям — самый важный шаг в осознании корней их малоадаптивных схем. Для многих это — только часть пути. Следующий шаг найти хорошие качества родителей и принять родительские ограничения. Тем не менее этот шаг не должен предотвратить гнев, в против-

ном случае он будет только поверхностный и схему не изменит. В большей степени он выражает схему «Подчинение».

Вернемся к истории Георгия. На этот раз мы покажем его диалог с матерью. В детстве мать гордилась Георгием и предсказывала его великое будущее, а иногда была чрезмерно критичной и отвергающей. Она постоянно требовала от него достижения каких-либо результатов — он должен был быть во всем совершенным, в противном случае он ни на что не сгодится, никто его не будет любить. Если с отцом у него была связана схема «Одиночество» («Я брошу тебя, потому что ты мне не нужен»), с матерью это была схема «Перфекционизм / Придирчивость» («Ты должен быть идеальным, чтобы я могла тебя любить»). Георгий описал в воображении эту болезненную ситуацию с матерью.

Пациент: *Я был уже постарше. В 6-м классе у меня ухудшилась успеваемость, перед этим я получал сплошные пятерки. Мать пришла с родительского собрания и была очень недовольна.*

Терапевт: *Постарайтесь вспомнить детали.*

Пациент: *Мне было страшно, что она скажет, когда придет. Она открыла дверь в детскую и холодно сказала: «Ты разочаровал меня». Я вижу ее лицо до сих пор. Поджатые губы и голос, как лед. Потом она с ненавистью добавила, что расскажет об этом отцу, и он мне устроит. В тот момент я почувствовал, что она меня ненавидит. (пауза)*

Терапевт: *Как вы себя чувствовали в тот момент?*

Пациент: *Уже не помню... да... Такое чувство, как будто я не могу вздохнуть. Мне было жаль, но я не мог плакать. Как будто бы в меня вошел ее холод и парализовал меня. Я это и сейчас чувствую внутри себя, не могу дышать — такое напряжение. В то же время чувство, как будто меня кто-то проткнул ножом.*

Терапевт: *Что вы сейчас чувствуете к ней?*

Пациент: *Ненависть и холод. Как и она ко мне...*

Терапевт: *Вы могли бы ей об этом сказать?*

Пациент: *Это противно... Мама, если ты со мной говоришь с ненавистью, я тебя тоже ненавижу. Я ненавижу тебя за унижения, когда у меня что-либо не получалось. За то, что ты перед другими хвасталась, а я себя потом чувствовал глупо. За то, что ты говорила отцу, чтобы он меня избил, когда тебе что-то не нравилось. За то, что ты мне говорила одно, а за спиной — другое. За злоупотребление моими чувствами, когда ты знала, что я в тебе нуждаюсь, потому что у меня нет никого другого. За то, что ты зло укрепляла пренебрежительным отношением отца по отношению ко мне. Демонстративно отдавала предпочтение отцу, чем мне. Тьфу, это было ужасно. Ты вбила клин между нами. А я так хотел, чтобы он меня тоже любил. Я настолько зол на тебя, что хотел бы тебя убить... Нет, это нет... (плачет)*

Терапевт: *Что на это говорит мать?*

Пациент: *Ты что себе позволяешь? Я же для тебя хотела только хорошее. Вот это благодарность... Ты меня разочаровал. Ты не окончил институт... Ты меня не ценишь.*

Терапевт: *Может быть... давайте вернемся еще в детство... к той ситуации, когда она пришла с родительского собрания... Что вы ей хотели сказать?*

Пациент: *Мама, я не могу это выдержать. Мне очень нужно, чтобы ты меня любила, даже если у меня стала хуже успеваемость. У меня есть только ты, отцу я не нужен. Мама, ты меня не можешь бросить... (плачет)*

Терапевт: *И еще что-то, что вам от нее нужно...*

Пациент: *Мама, я люблю тебя, хочу, чтобы ты меня тоже любила, даже если у меня что-то не получается. Я хочу, чтобы ты меня поддержала. Я хочу лучше учиться в школе. Но мне нужно знать, что ты меня поддержишь.*

Терапевт: *Что на это ответила мама?*

Пациент: *Не знаю... может быть... я бы так, наверное, хотел: «Ты разочаровал меня сейчас, но я знаю, что у тебя все дальше будет получаться. Я люблю тебя больше всех в мире. И я буду любить тебя, даже если ты не будешь учиться на одни пятерки. Я всегда буду тебя любить, Гоша. Иногда я злюсь, когда ты меня разочаровываешь, тогда я могу переусердствовать. Я такая. Но я буду рада, если у тебя в школе все будет получаться. Отец тебя тоже любит, но он не умеет это сказать» ... (Плачет)*

7.3.8. Изменение когнитивных схем с помощью ролевых игр

Способом работы с помощью метода эмоциональной реструктуризации являются ролевые игры. Здесь используются различные варианты: пустой стул, диалог с самим собой, замена ролей, двойники. Вместо того чтобы пациент представлял болезненную ситуацию в своих мыслях, как это было при работе с воображением, ее разыгрывают в сценах. В группе задействованы все пациенты с подобными схемами, а терапевт является их партнером. Существует большое количество вариантов, как использовать ролевые игры. Можно действовать так же, как мы работали с воображением, или выйти из ситуации здесь и сейчас, постепенно связав ее с эпизодом из детства, и показать, как они схожи. При эмоциональной реструктуризации можно по очереди менять ролевые игры на воображение и наоборот.

Приведем некоторые варианты приемов. Сначала мы постараемся проиграть ситуации детства, которые были связанны с развитием малоадаптивных схем, а затем найдем аналогичную ситуацию в зрелом возрасте и сыграем ее. Следующим шагом предлагаем пациенту действовать из режима «Здоровый взрослый», как в детских, и во взрослых ситуациях. Ролевые игры чрезвычайно эффективны. Необходимо иметь время, чтобы успокоить пациента или группу. Терапевт должен всегда сохранять спокойствие, оценить мужество пациента, подчеркнуть его способности, которые у него проявились в других ситуациях, похвалить его за успешно сыгранную роль.

Диалог. Пациент играет сам себя в детском возрасте, а терапевт или любой член группы — одного из родителей, в случае необходимости обоих родителей. В первую очередь воспроизводится сцена так, как пациент помнит ее, а затем пациент постарается реагировать на родителей в режиме «Здоровый взрослый» . Он должен выразить то, что он чувствует к родителям и что ему от них нужно. Далее пациент играет подобную сцену о настоящей ситуации, в которой применяются его малоадаптивные схемы.

Диалог с двойниками. Эмоционально более сильный, чем обычный диалог. Поскольку необходимы двойники, этот диалог используется в группе. Во время разговора пациента с родителем или другим важным человеком в первом туре к нему могут подключиться другие члены группы и высказывать свое мнение по поводу того, что пациент должен выразить. Во втором туре могут присоединиться другие члены группы и вместо другого человека в сценке выражать его чувства. Как и при диалоге, в этом случае эмоциональная реконструкция происходит в два тура, во втором туре пациент пытается говорить с точки зрения режима «Здоровый взрослый».

Замена роли. Для лучшего представления и понимания другого человека пациент играет этого человека, а терапевт или другой пациент играет главного героя.

Пустой стул. На стуле сидит один из родителей пациента или важный для пациента человек. Затем пациент, смотря на этот стул, говорит без цензуры все, что ему нужно донести до определенного человека (возможно и тематизировать: «Все, что я забыл тебе сказать. Почему ты это сделал со мной. За что я на тебя злюсь и за что я тебе благодарен»). Во втором туре пациент пытается сказать то, что сказал бы в режиме «Здоровый взрослый».

7.3.9. Изменение схем с помощью написания писем

7.3.9.1. Письма другим людям

Написание писем является типичным домашним заданием. Иногда эта процедура настолько эмоционально сильна, что лучше, если пациент будет писать письмо в непосредственной близости от терапевта (например, в приемной или в дневном стационаре). Письма должны быть адресованы важным людям в жизни пациента, (родителям, братьям или сестрам, друзьям и партнерам, возможно детям). Пациент должен самостоятельно написать письмо и принести его на сеанс, чтобы зачитать терапевту. Пациент использует письмо для того, чтобы выразить свои чувства и потребности, в том числе защитить свои права. Речь не идет о письмах, которые должны быть отправлены адресатам. Пациент пишет письмо людям, находящимся внутри него, людям, которые способствовали в созданию его малоадаптивных схем, или тем, которые в настоящее время помогают их поддерживать. Тем не менее это скорее внутреннее представление этих людей, чем то, какими они были в реальной жизни. Как правило, письма пишутся лицам, которые уже умерли. Обычная процедура включает не менее двух писем одному важному лицу.

1. Письмо должно быть написано без цензуры и содержать эмоции, потребности, требования и предрассудки, которые пациенту приходят в голову по отношению к этому человеку. Важно, чтобы письмо было написано как можно в более простой форме. Если оно написано в строгой форме, терапевт просит пациента переписать его в более открытой форме. Написание такого письма помогает пациенту обнаружить другие важные эмоции в отношениях — гнев, печаль, разочарование, желание, любовь. Это письмо, в частности, должно помочь ему в осознании того, что любые отношения многослойны.

Пример письма своей матери.

Мама,

Ты даже не знаешь, как противно мне произносить это слово. С этим словом у меня связаны все унижения в детстве, когда ты на мне вымещала свой гнев, который у тебя проявлялся вследствие проблем на работе и отношений с папой. Я никогда не забуду вульгарные ругательства, которыми ты меня обзывала за каждую мелочь». Идиотка, сука, свинья — как же тебе не стыдно было так меня обзывать, я же была еще совсем ребенком. Я тебя ненавижу. За твой крик, ругань, манипуляции, предательство, за то, как ты на меня жаловалась отцу и пыталась опозорить меня перед ним, за то, как ты копалась в моих вещах, в моей сумке. Как ты вечером лежала пьяная и смотрела телевизор, я должна была тебе прислуживать, а ты еще упрекала меня. За то, как ты избила меня, когда узнала, что я начала курить. Тот факт, что ты много пила, ты не воспринимала. Я ненавижу тебя за то, что теперь у меня расшатанные нервы, я не верю себе. Я ненавижу тебя за то, что теперь боюсь любой критики, на работе и в браке. Я ненавижу тебя также за то, что я иногда веду себя подобным противным образом, как и ты. Это ты меня этому научила. Я ненавижу тебя за то, что у меня не было хорошего детства, как у большинства девушек вокруг. Я ненавижу тебя за то, что я теперь ненавижу себя и себе противна. Мне ужасно живется с этим чувством. Когда я сама себе противна, я чувствую, что я кажусь противной и другим людям.

Мне очень жаль, что ты мне не показывала свою любовь. Ребенком я была очень обеспокоена тем, что ты бросишь меня, что ты любишь только брата, а я тебе в тягость. Мне очень жаль, что ты ко мне просто так никогда не подходила и не обнимала меня. Я действительно очень в этом нуждалась. Всю жизнь я гонюсь за тем, чтобы получить хоть немного ласки. Я настолько нуждаюсь в одобрении и принятии, что теряю чувство собственного достоинства. Но как я могу гордиться собой, когда ты мной никогда не гордилась? Даже перед друзьями и родственниками ты меня позорила, говорила, какие у меня жирные волосы, что я не очень умная, что я ничего не умею и т.д. Как я после этого могу себе доверять?

Я думаю, что имела полное право быть принятой и любимой. Я не была такой уж плохой девочкой. И я все же любила тебя, ты всегда была для меня самым важным человеком и самым важным человеком для меня остаешься, хотя я больше люблю отца. Он был добр и показывал свою любовь ко мне. Но у меня есть право и на твою любовь. Я нуждаюсь в ней. Я все еще люблю тебя. Хотя моментами тебя ненавижу, где-то в глубине души я тебя очень люблю. Эта ненависть возникла из чувства предательства, что ты меня не любишь.

Много раз я хотела тебе позвонить, сказать, что люблю тебя, и это правда. Я до сих пор ценю твой вкус, скромность, способность понимать многие вещи. Ты для меня во многом образец для подражания. Боже, как я уже хочу быть более зрелой и не нуждаться в тебе так сильно! Иногда я хочу, чтобы ты уже умерла, чтобы я, наконец, обрела спокойствие. Но потом я начинаю понимать, что я это не выдержу. Это как проклятие — так сильно желать, чтобы ты меня любила и принимала такой, какая я есть, в то же время так

много гнева и ненависти по отношению к тебе и, с другой стороны, так много любви.

Я понимаю, что ты не можешь мне дать то, что мне от тебя нужно. Даже если ты думаешь, что мне постоянно помогаешь, это все дерьмо, ты просто показываешь свою значимость, чтобы все увидели, как ты себя приносишь в жертву. Я плюю на твои жертвы.

Твоя (не)дочь Катка

2. Второе письмо должно быть *написано из режима «Здоровый взрослый»*. Т. е. смело, но не нагло, с достоинством, с большим уважением к себе и к лицу, к которому он обращается, с пониманием не только самого себя, но и другой стороны.

Пример письма своему отцу.

Дорогой отец.

Очень трудно тебе писать, когда ты уже мертв. Когда я о тебе вспоминаю, мне постоянно хочется плакать. Я много в жизни злился на тебя. Ты был очень строг ко мне, часто бил меня, не показывал мне свою любовь. Перед тобой и твоим гневом я часто чувствовал себя беспомощным. Вот почему у меня остался страх перед мужским авторитетом и страх перед неудачей. Кроме того, я тебя виню в том, что из-за твоего поведения по отношению ко мне у меня мало смелости для того, чтобы попытаться с кем-нибудь установить близкие отношения, потому что я не верю, что меня кто-то сможет признать и полюбить. Я боюсь, что буду отвергнут, если у меня что-то не получится, потому что помню, как меня отвергал ты. Поэтому я стараюсь ни к кому не привязываться. Но с другой стороны, я хочу иметь кого-то очень близкого.

Я, однако, понимаю, что ты любил меня, просто не умел это показать. Ты поддерживал меня в учебе и в спорте, ты гордился мной, я даже знаю от других, что ты хвастался мной, но меня ты никогда не похвалил. Я помню, как я несколько раз сильно чувствовал, что ты любишь меня. Еще, когда я был маленьким мальчиком, меня допрашивали полицейские, ты за меня заступился и взял меня на руки. Я ощущал, что ты меня любишь и защищаешь. Потом я почувствовал, что ты мне доверял, когда мать была больна. Я знал, что ты мне доверяешь, и это меня очень трогало. Когда ты начал болеть, я понял, что ты меня очень любишь. Иногда я был единственным, кому ты верил. Тем не менее ты меня никогда не хотел беспокоить, даже когда себя чувствовал плохо. Я осознал, насколько тщательно ты следил за моей жизнью. Начиная с вступления во взрослую жизнь, ты уже ни во что не вмешивался.

Папа, я тебя очень люблю, я думаю, что не должен тебе ничего прощать, потому что это уже в прошлом. Напротив, я тебе за многое благодарен. Ты научил меня быть трудолюбивым, преодолевать страх и не бояться действовать, верить в себя и в то, что в конечном счете я смогу сделать то, что решу, быть настойчивым, выдерживать какие-либо препятствия без жалоб, не сдаваться, думать о потребностях других людей, быть скромным и бескорыстным, наслаждаться жизнью. Я тебе даже благодарен за некоторые вред-

ные привычки, которые я от тебя перенял, такие как хвастовство, то, что иногда не выполняю обещания, что я иногда бываю хитроватым, а иногда и наивно доверчивым, что время от времени взрываюсь от злости. Чем старше я становлюсь, тем больше твоих качеств у себя замечаю.

В некоторых вещах я хочу тебя превзойти. По крайней мере хотя бы ненамного. Я хочу быть более смелым по отношению к авторитетным людям и более открытым для тех, кто мне дорог. Хочу иметь больше смелости для создания близких отношений, которые я до сих пор могу установить только с детьми. Я хочу научиться не только постоянно работать, но и позволять себе получать больше приятных впечатлений. Я хочу создавать больше любви вокруг себя, хотя это у меня иногда немного получается.

Твой Влад

7.3.9.2. Письма с другой стороны

Гораздо реже используется вариант написания письма, которое пациент хотел бы получить от другого важного человека (родителей, брата, партнера, друга и т.д.). Хотя он его пишет сам, формулировка может быть очень важной, потому что в нем пациент осознает, что он хочет на самом деле. Такое письмо может помочь пациенту разрушить его малоадаптивные схемы.

Пример письма с другой стороны — от матери.

Милая Катя,

Я хочу сказать тебе, мой ребенок, что очень тебя люблю. Уже, когда ты родилась и лежала в кроватке, я полюбила тебя больше всех на свете. Я восхищалась твоими первыми шагами, как ты лепетала, гримасничала. Когда родился твой брат, у меня вдруг стало меньше времени для тебя. Я упрекала себя за это, потому что видела, что ты ревнуешь. Я это понимала, но я должна была ему уделять больше внимания, потому что он был младше тебя. Мне жаль, что он родился так скоро после тебя, поэтому ты не смогла сполна насладиться нашим вниманием. Потом я стала раздражительной, недовольной по отношению ко всему. Я ссорилась с твоим отцом, упрекала его в разных ошибках, пока он не нашел другую женщину. Почему я была недовольной, я не знаю, наверное, потому, что моя мать тоже была всегда недовольной. Ты тоже такая. Это у нас в роду. Мы не умеем наслаждаться жизнью и терпимо жить среди людей. Так как ты мой близкий человек, я была недовольна, когда тебе что-то не удавалось. Я это сразу воспринимала как катастрофу. Я была озлоблена и тогда негатив изливала на тебя. В то же время это была злость, которая возникала в результате моего беспокойства о тебе. Потом я себя за эту злость упрекала. Тем не менее я все это время тебя любила и люблю до сих пор.

Очень хочу извиниться за то, как я относилась к тебе. За то, как я напивалась, ругала тебя, упрекала, не была в состоянии сказать тебе ничего приятного, поддержать тебя. Тем не менее ты выросла хорошим человеком, ты милая, люди тебя любят, даже если ты в этом сомневаешься (это у тебя от меня). Мне нравится в тебе, что ты откровенная, искренняя, гуманная, самоотверженная, но при этом вдумчивая, смелая и самодостаточная. Я верю

в то, что ты сможешь забыть то время, когда я делала тебе больно, и надеюсь, что когда-нибудь ты сможешь меня простить. Но даже если ты меня не простишь, я буду любить тебя даже только за то, что ты есть, потому что ты этого заслуживаешь. Очень хочу, чтобы ты была счастлива и, наконец, встретила мужчину, который будет тебя любить и которого ты тоже полюбишь. Я тебе желаю такой любви.

Я люблю в тебе все, даже если ты об этом не знаешь. Твои губы, твой нос, твои волосы, уши, твою грудь, живот, ягодицы, даже твою киску. Нет, это не эротическое, это материнское. Так много раз я тебя купала и обнималась с тобой, что по-другому и не может быть. Я люблю тебя всю, какая ты есть. Как я уже писала раньше, я люблю твой характер, в том числе твои капризы и упрямство, если ты что-нибудь решила, даже если другие думают, что это глупость, ты будешь стараться сделать.

Твоя мамочка

7.4. Комплексные терапевтические программы

7.4.1. Обучение социальным навыкам

Социальными называются навыки, которые применяются в контакте с другими людьми. Их нехватка может увеличивать степень стресса, который пациент испытывает, а также может быть результатом психического расстройства, который препятствует пациенту эффективно использовать социальные контакты. Таким образом, когнитивно-бихевиоральные программы по обучению социальным навыкам являются частью программы лечения для психологических проблем, начиная от социальной фобии, заканчивая шизофренией. Нехватка социальных навыков является частой проблемой, которая может вызывать другие трудности, может проявиться в форме собственного проблемного поведения либо следствием других трудностей. Обучение может проводиться в рамках решения текущих проблем пациента или его реабилитации и подготовки к будущему.

Происходит обучение тому, как говорить с другими людьми, как добиться успеха, как выразить любовь и интерес к другим людям, с помощью вербальных и невербальных выражений. Отдельным компонентам поведения сначала обучают в сценах с обратной связью; после этого следует применение этих навыков в реальной жизни. При обучении социальным навыкам, мы используем широкий спектр когнитивных и бихевиоральных методов: терапевтические инструкции, процесс от простых элементов поведения к более сложным, обучение по модели, ролевые игры, обратная связь, домашнее задание, использование группы.

1. Терапевтические инструкции. Учитывая то, что речь идет об обучении, терапевт берет на себя роль учителя. Важно, чтобы его инструкции были простыми, понятными и наглядными. Их можно применять следующими способами:
   1. *Прямым указанием.* Терапевт объясняет каждый шаг социального взаимодействия и демонстрирует его, а пациенты, эти действия повторяют. Терапевт, например, объяснит, как реагировать на определенное требование, приведет несколько примеров, на доске напишет формулировку. Пациент эту реакцию репетирует, а группа его поддерживает;

2. *Индивидуальным руководством (коучингом).* Например, пациентка не знает, как установить контакт с мужчиной на вечеринке. Терапевт подчеркнет важность различных аспектов социального взаимодействия — зрительного контакта, жестикуляции, мимики, позиции, тона голоса и его громкость, простых открытых вопросов, самораскрытия и т.д.;
3. *Подтверждением* ценных, имеющих значение инструкций от группы, которые пациент тренирует самостоятельно. Например, мужчина и женщина играют ссору в семье. Терапевт их останавливает при определенных действиях. Сами актеры ищут другой способ реакции, подобным образом действует и группа. Терапевт выделяет реакцию, которая наиболее близка к оптимальной коммуникации.

2. Процесс от простых элементов поведения к более сложным. Учитывая сложность коммуникационного выражения, необходимо упростить подготовку. В противном случае существует риск того, что пациенты будут чувствовать себя в растерянности. Лучше практиковать одну простую реакцию, чем запустить несколько вариаций, которые включает коммуникационные ошибки. Важно начать с невербального выражения, зрительного контакта, улыбки, продолжать обратной связью, комплиментами и просьбой об одолжении. Любой прогресс необходимо оценить положительной обратной связью. Успешное действие всегда желательно повторить. В группе его могут попробовать другие пациенты. Если мы проводим комплексное обучение коммуникационным навыкам, целесообразно применить следующий процесс:

- Невербальные навыки.
- Обратная связь и похвала.
- Активное внимание по отношению к партнеру.
- Выражение сочувствия другим людям.
- Выражение собственных чувств и эмоций.
- Просьба об одолжении.
- Ведение разговора.
- Ассертивная настойчивость и отказ.
- Негативный опрос (навык ассертивного реагирования на критику путем ее прояснения и уточнения).
- Ассертивные переговоры.
- Выражение гнева и ярости.
- Предъявление и принятие критики.
- Обучение в решении конфликтов.
- Получение работы или участие в конкурсе.

3. Обучение по модели. Перед тем как пациенту будет предложено сыграть определенную ситуацию, кто-то ему покажет, как необходимо себя вести. Это может быть терапевт либо член группы. Исследования показали, что обучение по модели эффективно, если модель: похожа на пациента, ее поведение не полностью совершенно, желательное поведение представлено в коротких отрезках, которые пациент немедленно повторяет; а также если пациент получает обратную связь о том, как у него это получается; если улучшение поведения, которому он обучается, оценивается.

4. Ролевые игры. Это наиболее важная часть обучения социальным навыкам. Пациент неоднократно в разных вариациях пробует себя в определенной социальной ситуации. Для начала он ищет лучший способ собственного поведения, далее получает обратную связь о том, в чем его поведение было приемлемым, а что можно было бы улучшить, затем снова практикует новый способ своего поведения. Важно, чтобы пациент исполнял не только свою роль, но и роль партнера, родителя, сотрудника и т.д., потому что это позволит ему увидеть ситуацию глазами другого человека и понять, какое впечатление на других он производит.

Основной задачей обучения социальным навыкам является обеспечение то, чтобы прогресс, достигнутый на терапевтической встрече, был перенесен на реальные жизненные ситуации. Поэтому мы стараемся сделать сценки как можно более реалистичными, используем реальные объекты и звуки, как можно больше напоминающие естественные ситуации. Обучение может происходить напрямую в каком-либо общественном месте.

5. Обратная связь. Терапевт и другие члены группы оценивают выступление пациента в сценке. Большинство пациентов с недостатком социальных навыков очень застенчивы и сверхчувствительны к критике. Чтобы обратная связь была полезной, терапевт должен оценить положительные моменты, которые он заметил в выступлении пациента, а затем, конструктивно посоветовать, что можно улучшить. Целесообразно, чтобы положительные комментарии появлялись только во время воспроизведения сцен. Терапевт может подбодрить пациента словами: «Да, это именно оно! Очень хорошо, мне это нравится!» Эту прямую похвалу во время игры терапевт должен использовать все реже в течение обучения и повышения навыков пациентов. Соответственно они должны быть все более целенаправленными и менее регулярными.
6. Домашнее задание. Если пациент не будет применять полученные навыки в реальной жизни, то обучение не имеет смысла. Поэтому пациенты регулярно получают домашние задания, которые соответствуют тому, что они практиковали во время сеансов. При выполнении домашних заданий они делают записи, которые приносят в виде сценариев на следующий сеанс.
7. Группы: Обучение социальным навыкам проводить индивидуально. Работа в группе, однако, более насыщена, эффективна и экономична, подходит для пациентов, страдающих социальной фобией, испытывают трудности в установлении контактов. Во время группового сеанса каждый участник получает роль, другие члены группы комментируют его выступление, практикуя собственные способности контролировать, слушать, прислушиваться, хвалить и делать полезные замечания. Участники группы способны оказывать косвенное действие друг на друга, так как могут тренироваться между сеансами. Индивидуальная терапия подходит для чрезмерно тревожных пациентов как подготовка перед включением в группу.

7.4.2. Обучение решению проблем

Обучение структурированному процессу решения проблем является методом, который в рамках КБТ используется для решения конкретных проблем пациен-

та. Пациенты часто решают свои трудности кратко и импульсивно либо с помощью изнурительной стратегии попытка — ошибка. Они их вовсе не решают или при необходимости переносят ответственность за свои проблемы на других людей. Поэтому в терапии важно не только решить отдельную проблему, но и научить пациента, как ему относиться к своим трудностям.

Можно сказать, что КБТ является практическим применением принципов структурированного решения проблем, как в начале 70-х гг. описали D'Zurilla и Goldfried (1971). Согласно их концепции решение проблем возможно при обучении навыкам, которые требуют знаний, усилий и регулярной практики. Поэтому необходимо действовать систематически, шаг за шагом и к следующему этапу переходить только после удовлетворительного разрешения предыдущего. Структурированное решение трудностей состоит из следующих этапов:

1. Определение и описание проблемы.
2. Выбор проблемы, которую необходимо решить.
3. Мозговой штурм — поиск наибольшего количества возможных решений данной проблемы.
4. Оценка преимуществ и недостатков каждого из предлагаемых решений.
5. Выбор определенного решения и планирование конкретных шагов по его реализации.
6. Реализация принятого решения.
7. Оценка эффективности выбранного решения.

7.4.2.1. Определение и описание проблемы

Первый шаг — создание перечня актуальных проблем, которые волнуют пациента, их построение в соответствии с областями, к которым они относятся. Список областей различных проблем мы указываем в таблице. В каждой области желательно сформировать проблемы в соответствии с их тяжестью и неотложностью (Hawton и Kirk, 1989).

Отношение к партнеру или мужу / жене.
Отношение к другим членам семьи, особенно к детям.
Работа или учеба.
Финансы.
Жилье.
Правовые проблемы.
Социальная изоляция и отношения с друзьями.
Употребление алкоголя и наркотиков.
Психическое здоровье.
Физическое здоровье.
Сексуальная несовместимость.
Скорбь после смерти или угроза потери близкого человека.

Выбор проблемы, которую необходимо решить

Необходимо решать проблемы одну за другой, а не большую часть проблем сразу. Первой выделить актуальную проблему, но иногда лучше выбрать проблему, решение которой кажется самым простым из всех, потому что успешное решение одной проблемы мотивирует пациента. Окончательное решение по выбо-

ру начальной проблемы должен принять сам пациент. Ее необходимо конкретно описать — чего она касается, к кому она относится, в каких ситуациях проявляется, каково ее влияние на жизнь пациента, как будет выглядеть жизнь пациента после решения этой проблемы.

7.4.2.2. Мозговой штурм

Английское слово *brainstorming* означает свободный поиск максимального количества возможных решений. На данном этапе пациента необходимо предупредить о том, что количество идей имеет явный приоритет над их качеством. Это значит, что пациент не должен уклоняться от вариантов решений, которые на первый взгляд кажутся бессмысленными, необычными или невыполнимыми. Пациент составляет список из возможных решений, которое он придумает. Если проблема касается большего количества людей, они должны принять участие. Цель в том, чтобы создать атмосферу креативности, когда пациент может придумать и такие неординарные решения, о которых он в реальной жизни даже не подумал бы. Терапевт в этом отношении может выступать в качестве модели, но важно, чтобы он не придумывал варианты за пациента. На данном этапе мы не оцениваем и не отвергаем ни одно из решений.

Оценка преимуществ и недостатков каждого из предлагаемых решений

На этом этапе мы для начала исключим очевидно нереалистичные и абсурдные решения. Будем действовать осторожно. Если какое-либо решение имеет хотя бы небольшую реалистичную основу, оставляем его в списке. Далее, мы разберем каждый предлагаемый вариант решения проблемы, напишем положительные последствия в первом столбце, а во втором отрицательные. Должны учитываться как непосредственные, так и долгосрочные результаты. Важным результатом этого этапа является не только то, что пациент тщательно изучит все варианты решения, но и то, что он осознает, что ни один из вариантов решения не является идеальным, т. е., что каждое решение влечет в дополнение к положительным и отрицательные последствия. Поэтому он должен принять тот факт, что вместо отклонения каждого решения из-за его несовершенства (известная игра «Да, но ...») надо принять решение, которое является менее плохим.

Выбор решения и планирование конкретных шагов по его реализации

После обсуждения преимуществ и недостатков каждого решения, пациент выбирает такое, которое он находит наиболее приемлемым, и попытается его реализовать. Речь может идти о комбинации отдельных элементов различных решений. После этого пациент с терапевтом планируют конкретные шаги. Необходимо, чтобы пациент уяснил, что он должен сделать и как будет реагировать на возможные препятствия. Кроме того, он должен определить, когда и как он будет оценивать успешность при реализации принятого решения.

Реализация принятого решения

На этом этапе с поддержкой терапевта пациент реализует последовательность шагов по согласованному плану.

Оценка эффективности принятого решения

Таблица 7.1. План улучшения семейных отношений.

Действие	**Когда я начну**	**Возможные проблемы**	**Способы, как справиться с проблемами**	**Достигнутый прогресс**
Повышать позитивный настрой в отношении Петра как минимум на 5 действий каждый день, т. е., каждый день я должна хвалить его за то, что мне в нем нравится. Я сделаю ему что-то вкусное (кофе, хлеб и т.д.), когда он вернется с работы. В спокойном состоянии я выслушаю его тирады в отношении его босса и т.д.	Сегодня во второй половине дня, когда мы встретимся после работы. Потом каждое утро говорить по крайней мере один комплимент и совершать хотя бы два положительных действия	Иногда у меня нет настроения, он меня раздражает своими поучениями, равнодушием, тратой денег, критикой	Я сделаю для него что-нибудь не очень трудное (приготовлю кофе, сделаю бутерброд) и не буду его хвалить, если не буду в настроении	12.8. Только 2 позитивных действия и одна похвала. 13.8. У меня получилось совершить 3 положительных действия и получить две похвалы. Было видно, как Петр рад. 14.8. Снова только 2 положительных действия, попробую добавить. 15.8. Мне удались 4 положительных действия. У Петра было очень хорошее настроение, он похвалил меня, это было приятно. Мы хорошо провели вечер
Снизить частоту упреков и ругани, которые я ему устраиваю почти каждый день	Сегодня	Перед наступлением менструации я плохо управляю собой и бываю раздражительной и жалостливой. Когда меня рассердят дети, часто на них срываюсь. Когда он встает на сторону Верки, как правило, начинаю беситься, и тогда не могу остановиться	Я всех предупрежу о начале менструации и попрошу Петра проявить терпение. Попрошу его, чтобы всякий раз, когда я начинаю его упрекать и не могу остановиться, он вышел на полчаса из комнаты. Когда меня рассердят дети, я обращусь к Петру, и не буду срываться на них. Если я вспылю на Веру, извинюсь сразу, как только смогу. Если я почувствую сильный гнев, я пойду прогуляться или займусь спортом	12.8 я взорвалась на Веру, но я смогла извиниться перед ней. С Петром мы потом договорились. 13.8. У меня был хороший день, я была спокойной с детьми и с Петром. 14.8. Петр понапрасну «лихо» тратил деньги. Я начала его упрекать, но вовремя смогла остановиться. Я сказала ему, что мне жаль, как его расходы, так и мои упреки, но ругать его больше не хочу. Наконец, он признал, что переборщил. 15.8. Очень хороший день, я никого не упрекала и не ругала

Через оговоренный период времени необходимо оценить, насколько успешным было выбранное решение. Важно, чтобы пациент оценил свои усилия, которые были приложены для реализации плана независимо от его результата. Если его усилия были успешными, он может сосредоточиться на других задачах. Если

решение было частично успешным, необходимо определить, требуется для освоения проблемы больше времени либо появились непредвиденные трудности. Они должны быть решены таким же образом, как и исходные. Если решение было неудачным, нужно взвесить, правильно ли была определена проблема. Пациент пытается реализовать следующее из предложенных решений.

7.4.3. Обучение управлению гневом

Цель обучения — формирование и выражение гневных аффектов, повышение способности индивидуума справляться и выражать эти аффекты социально приемлемым способом (Sperry, 1999). Речь идет о прямом терапевтическом вмешательстве, которое может происходить как в индивидуальном порядке, так и в группах. После занятий с терапевтом пациент практикуется в этом навыке самостоятельно в реальных ситуациях. Обучение состоит из следующих этапов:

1. Терапевт объясняет пациенту, какие *факторы* влияют на реакцию гнева:
   1) рискованные ситуации, обстоятельства и различные возбудители (внешние, ситуативные факторы, — определенные люди, место или время суток), которые потенциально провоцируют гневную или яростную реакцию пациента;
   2) внутренние возбуждающие и сопровождающие эмоциональные и соматические факторы (чувства пациента, жажда, физические симптомы, уровень усталости), которые повышают вероятность гневной реакции;
   3) когниции (автоматические мысли, воспоминания, представления и позиции), которые увеличивают вероятность гневной реакции и обосновывают её в качестве правильной и необходимой;
   4) навыки пациента, которые позволяют нейтрализовать или усиливать внутренние возбудители.
2. Терапевт совместно с пациентом составляет *список* факторов, которые наблюдаются у больного. Можно, например, попросить пациента описать последнюю гневную реакцию и определить отдельные факторы.

Пример описания эпизодов гнева:

Обстоятельства. Я возвращался уставший с работы и был огорчен тем, что придется делать покупки.

Возбудитель. Уборщица закричала на меня, когда я ступил на вымытый пол в подъезде.

Эмоции. Резкий гнев.

Физические реакции. Напряжение в мышцах, учащенное дыхание и сердцебиение, покраснение.

Мысли. Да как она посмела! Какое право она имеет кричать на меня! Дура!

Поведение. Крик на уборщицу, упрек в том, что моет подъезд очень редко, да еще в то время, когда люди идут с работы.

Последствия.

- Непосредственные: Сброс напряжения; мысли: «Он это заслужил!»
- Долгосрочные: Чувство стыда; мысли: «Будет обо мне думать, что я дурак.»

Навыки.

- Конструктивные: Я смогу перед ней извиниться, я переборщил, потому что после работы нахожусь в стрессе.

- Неконструктивные: Я могу подкрепить гневную реакцию оправданием, что уборщица ее заслужила и т.д. Потом я себя обвиняю, что в дальнейшем увеличивает мое напряжение.

На основе этого описания пациент обычно понимаем, как различные факторы влияют на его гневную реакцию. Его следующей задачей является список событий и возбудителей, которые обычно вызывают его гневную реакцию, рассмотрение эмоций, поведения и мыслей во время этой реакции, а потом последствий (непосредственных и долгосрочных, а также конструктивных), а затем тех, которые помогают поддерживать это поведение.

1. От пациента мы, как правило, хотим, чтобы он *записывал* свои гневные реакции — каждую ситуацию, ее обстоятельства, возбудителей, когниции, эмоции, физические реакции, поведение, последствия и способы, как конструктивно реагировать на происходящее не только в данный момент, но и в будущем.

Пример записи гневных реакций в следующей таблице:

Обстоятельства	Постоянная усталость .Принес домой зарплату.
Возбудитель	Жена меня обвиняет, что я мало зарабатываю..Также меня обвиняет в других ситуациях, которые далеко в прошлом
Когниция	Что себе эта корова позволяет, когда сама ничего не делает! Она это делает нарочно! Я ей еще покажу! В следующий раз она себе такое не позволит!
Эмоции	Усиление чувства гнева.
Физические реакции	Физическая напряженность в спине и руках. Напряженность в голове. Учащенное дыхание . Затуманенное зрение
Поведение	Первоначально молчу, не реагирую, потом говорю ей, чтобы она перестала. Вдруг я закричу ей: «Закрой рот!» После следующих упреков я ей дал пощечину
Последствия	Кратковременное облегчение стресса. Я думаю, что она этого заслуживает. Долгосрочные: мне жаль, что я не смог себя контролировать. Я укоряю себя за это, чувствую себя беспомощным в управлении своими эмоциями. Жена не разговаривает со мной
Конструктивное действие	Сейчас: извинюсь и объясню, что я был усталым и не сумел взять себя в руки. Но также я скажу ей, что я был уставший, и ее предупреждал об этом. Но она пренебрегла мною. В следующий раз сразу скажу ей, что мне не нравятся ее упреки, и попробую не позволить накопиться отрицательным эмоциям

На следующем сеансе терапевт с пациентом обсуждают отдельные ситуации и планируют альтернативный способ реагирования на жизненные обстоятельства, которые вызывают гнев.

2. Следующий шаг — совместная *проработка навыков*, как по-разному реагировать на ситуации, вызывающие это чувство:
   1. контролировать возбудители и обстоятельства. Например, во время усталости пойти позаниматься спортом, при напряжении — расслабиться, на неприятные замечания реагировать ассертивно, не растеряться перед ожидаемой стрессовой ситуацией, подготовиться к трудной встрече с помощью предусмотренных важных моментов и т.д.;
   2. контролировать когниции: переосмыслить типичные автоматические мысли и представления, которые возникают в критической ситуации,

подготовить самоуспокаивающие мысли, определить малоадаптивные позиции и нереалистичные ожидания, которые относятся к ситуации. Например, пациент, который приходит домой с зарплатой, ожидает, что его жена будет ему благодарна и будет рада, что он смог удержаться на рабочем месте, несмотря на то что работа приносит относительно небольшой доход;

3. изменить гневное поведение. Этого можно достичь с помощью ролевых игр, где пациент научится по-другому реагировать на упреки жены;
4. контролировать последствия. Важно отдохнуть после аффекта. Лучше всего, если пациент научится сразу извиняться и идти заниматься неприятной работой (например, мыть туалет). Он также учится не обвинять себя за такое поведение, но вместо этого сделать что-то значимое.

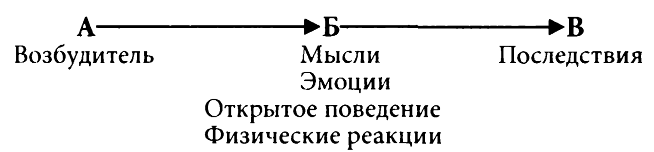
3. Окончательный шаг является обучение пациента находить альтернативное когнитивное самоутверждение, которое поможет ему справиться с ситуациями, которые вызывают гнев. Например, «Мне не нравится, что он делает, но я смогу это вытерпеть и не вспылить! Я смогу быть выше этого! Я смогу выдержать ее упреки, она выскажется, а затем успокоится».

Пациент учится снижать напряжение с помощью контролируемого дыхания, релаксации мышц или счетом до 10, прежде чем среагировать. Важной составляющей контроля является *обучение ассертивности* как конструктивному способу выражения напряжения и гнева.

7.4.4. Обучение совладанию с тревогой

Управление тревогой по своей структуре не слишком отличается от управления гневом. Целью управления тревогой является снижение склонности к возникновению и проявлению стрессовых эмоций (не только беспокойства, но и страха, раздражения, гнева) и увеличение способности пациента испытывать и выдерживать эти эмоции. Речь идет о работе, проводимой терапевтом в индивидуальном порядке или в группе. Обучение может состоять из нескольких компонентов. Исходное обучение управлению тревогой, (ОУТ «Anxiety management training», AMT) в начале 70-х г. создали Суин и Ричардсон (Suinn a Richardson, 1970). Было доказано, что пациент может эффективно управлять как общим состоянием беспокойства, так и конкретными страхами (Gelder, 1967, Kennerleyová, 1998). Эта терапевтическая программа крайне проста. Благодаря ей пациент может научиться распознавать свои симптомы тревоги, а затем тренировать способы, с помощью которых на них можно повлиять. Терапевтическая программа обычно включает следующие этапы:

1. Сопоставление ситуаций и возбудителей беспокойства, — внешние возбуждающие факторы, (специфическое поведение других людей, или конкретный вид деятельности, приводящий к внутренней напряженности и возбуждению); внутренние факторы, (физические реакции и мысли, которые делают пациента более уязвимым к отрицательным эмоциям). Пациент учится описывать ситуации и стимулы, которые в нем вызывают тревогу, в соответствии с моделью АБВ:



В период между терапевтическими сеансами пациент записывает ситуации, которые вызывают тревогу и страх, и делает соответствующие записи компонентов своих тревожных реакции — беспокойные мысли, физические симптомы и открытое поведение. Эти записи необходимо рассмотреть с терапевтом, обсудить используемые методы и, возможно, найти альтернативные, которые можно использовать, или тренировать навыки для преодоления трудных ситуаций.

2. Расслабление мышц и контроль дыхания.
3. Постепенное воздействие (т.е. подвергание себя) пугающих ситуаций.
4. Модификация мыслей, которые вызывают беспокойство, т. е. обучение внутренней речи в опасной ситуации («Моя человеческая ценность не зависит от моего я в состояния что-либо показать перед людьми. Поэтому я не потеряю работу. Это лишь ее малая часть»).

Цель обучения — помочь пациенту самостоятельно справляться как с признаками тревоги, так и с настоящими либо будущими жизненными ситуациями, которых он опасался и избегал.

7.4.5. Обучение эмпатии

Этот терапевтический метод помогает пациентам с расстройством личности понять, что чувствуют другие люди вокруг них. Во время обучения он сообщает об этих наблюдениях и получает обратную связь со стороны заинтересованного лица. Особое внимание пациент уделяет тому, как люди реагируют на то, что он делает или говорит, и учится предупреждать потребности и ожидания людей из своего окружения. Обучение эмпатии является мощным методом для изменения проективного определения и «черно-белого» восприятия. Этот метод помогает значительно улучшить общение пациента с близкими людьми, решить проблемы в семье и на работе. Процесс эмпатии можно разделить на следующие этапы:

1. Объяснение и тестирование правил эмпатического слушания, зрительный контакт, поза, мимика, жестикуляция, паралингвистические проявления, выражение понимания («Да, я понимаю»), эмпатическое перефразирование («Вам, наверное, было страшно»), краткое изложение («Если я правильно понимаю ...»).
2. Оценивание. Терапевт должен узнать, насколько пациент понимает и владеет основными навыками, которые необходимы для эмпатии, — активным слушанием, соответствующей интерпретацией межличностных сигналов и эмпатической реакцией (см. Praško a Prašková: Ассертивностью против стресса, Града, 1996).
3. Обучение навыкам. Ролевые игры, по образцу, «коучинг» либо индивидуальная терапия, (лучше в группе).
4. Обучение эмпатическим навыкам в состоянии стресса. Реагирование на критику, гнев, манипуляции со стороны других людей.
5. Обучение в естественных условиях. Пациент в качестве домашнего задания

получает указание реагировать на типичные замечания близких людей с помощью эмпатической реакции. Он должен выбрать ситуацию, а затем отреагировать на нее. На сеанс пациент приносит описание своего поведения и реакцию партнера.

6. Сопоставление эмоциональных реакций на эмпатию. Пациент отмечает, какие эмоциональные реакции его и других людей вызывает успешно проявленная эмпатия.

7.4.6. Обучение когнитивному вниманию

Цель — воздействие на проективную идентификацию, когнитивные ошибки или же нарциссические травмы. Когда пациент начинает уделять повышенное внимание когнитивным ошибкам и нереалистичным ожиданиям, это значительно снижает его дискомфорт и риск неконтролируемого кратковременного поведения. Эта интервенция имеет следующие этапы:

1. Оценка когнитивного дискомфорта. Терапевт и пациент оценивают степень когнитивного дискомфорта пациента, его типичные когнитивные ошибки, завышенные ожидания, проективную идентификацию, завистливые мысли и т.д. Сам пациент ищет примеры, которые соответствуют контролируемым когнитивным процессам.
2. Наблюдение за угрожающими ситуациями. Пациент записывает все ситуации и возбудители, которые в нем вызывают определенный дискомфорт, записывает мысли и представления.Это поможет ему идентифицировать мысли, отношения, ожидания и представления, которые в определенных ситуациях могут его ранить.
3. Пересмотравтоматическихмыслей.Пациентучитсянаходитьконструктивную реакцию на ситуацию, когда ему приходили в голову неконструктивные идеи.

7.4.7. Обучение стрессоустойчивости

Эту терапевтическую программу создал Мейхенбаум (Meichenbaum, 1985). Её цель не помочь пациенту решать конкретные стрессовые ситуации и проблемы, а в целом повысить его способность управлять стрессовыми ситуациями. Цель программы — обучить пациента быстро распознавать проблемные ситуации и с помощью когнитивных и бихевиоральных методов успешно справляться с ними.

Процесс по обучения можно разделить на три этапа:

а) получение информации и наставление пациента;

б) обучения по управление отдельными стрессовыми ситуациями;

в) практическое применение приобретенных навыков.

Получение информации и обучение пациента

Мы должны выяснить, как пациент в настоящее время справляется со стрессовыми ситуациями, что он думает и как действует. При этом мы используем не только разговор и ролевые игры, но практику в реальных ситуациях и записи, которые пациент ведет между сеансами. Далее мы объясним пациенту модель опыта тревоги, которая характеризуется как физическими реакциями — *сердцебиением*, повышеним артериального давления, напряжением мышц, потливостью, тревож-

ными мыслями и представлениями («Я не смогу это сделать! Это ужасно! Я сейчас потеряю сознание! Быстро отсюда!»). Таким образом, пациент должен научиться контролировать свои физические симптомы и заменять тревожные мысли такими, которые позволят ему справляться со стрессовыми ситуациями. Пациент должен быть готов к тому, что во время лечения будет испытывать состояние беспокойства, потому что только так он сможет научиться управлять этим состоянием другим способом, чем прежде.

Обучение управлению стрессовыми ситуациями

На втором этапе пациент в рамках терапевтических сеансов обучается справляться со стрессовыми ситуациями. Он должен научиться управлять физическими реакциями с помощью прогрессивной мышечной релаксации. Самое главное — постепенное репетирование конструктивных высказываний, чтобы контролировать свою тревогу и выдерживать стрессовую ситуацию. Мейхенбаум приводит такие высказывания для отдельных этапов реагирования:

Во время подготовки к стрессовой ситуации: «Что я должен сделать? Я должен подготовить план, как справиться с этой ситуацией. Я сосредоточусь на том, что буду делать. Беспокойство мне не поможет, только повысит мое чувство тревоги»;

Во время стрессовой ситуации: «Успокойся, медленно, спокойно. Это неприятно, но я это выдержу! Дыши спокойно и расслабься. Тогда ты будешь чувствовать себя лучше Это просто страх, а его я сейчас учусь преодолевать»;

Подбодряющие и оценивающие высказывания во время и после овладения стрессовой ситуацией: «Отлично, все идет хорошо! Это не настолько страшно, насколько я боялся! Я сделал это! Опять я сделал это лучше!».

Эти заявления пациент систематически репетирует на сеансе и одновременно представляет себе стрессовую ситуацию либо проигрывает ее в сценках.

Управление стрессовыми ситуациями в реальной среде

Пациент сам выбирает и практикует такие выражения, которые ему наиболее помогают. После того как он отрепетировал их на сеансе при поддержке терапевта, систематически начинает их использовать в период между сеансами и в домашних условиях. В этом случае он выбирает не сложные ситуации, постепенно повышает их сложность.

7.4.8. Обучение управлению эмоциями

Для эмоционально неустойчивых пациентов (например, с пограничным, истерическим или нарциссическим расстройством личности) обучение управлению эмоциями может быть очень полезным. Эмоции — важная часть нашей жизни. Они организуют и мотивируют поведение, помогают человеку преодолеть препятствия. Они могут быть самоподтверждающими: «Я чувствую себя (например, под угрозой), следовательно, я нахожусь (под угрозой)». Пациенты со значительной эмоциональной лабильностью пытаются подавить эмоциональные состояния, тем не менее усилия по чрезмерному контролю эмоций приводят к тому, что

они часто выходят из-под контроля. Вместо того чтобы адекватно реагировать на повседневные ситуации, они пытаются держаться, что приводит к чувству эмоциональной опустошенности, или взрываются от несущественного стимула, за что потом обвиняют себя или ненавидят.

Управлять своими эмоциями научиться трудно, хотя многие люди считают, что нужно всего лишь изменить отношение — и сразу изменятся эмоциональные реакции. Лабильные пациенты часто живут в среде, где другие люди подчиняют свои эмоции когнитивному контролю и не понимают тех, кто не умеет этого делать. Кроме того, лабильные пациенты часто не хотят контролировать свою эмоциональность, потому что так позволили бы людям, утверждающим, что их эмоции не в порядке, подтвердить это. Они должны научиться обратному — испытывать и адекватно сообщать о своем эмоциональном состоянии.

Стресс у пациентов с эмоциональной лабильностью касается не только первичных эмоций, которые они проявляют очень резко, но и вторичных (производных) эмоций — стыда, беспокойства или гнева на себя за то, что являются эмоционально лабильными. Первичные эмоции часто адаптивнадаптивны и связаны с ситуацией, хотя иногда бывают очень интенсивны и резки. Для того чтобы погасить вторичные эмоции пациент должен сконцентрироваться на первичных эмоциях в смысле понимания и терпимости. Важный момент — полное осознание пациентом своей эмоциональной реакции. Обучение по управлению эмоциями осуществляется следующими этапами:

1. Оценка общих навыков по управлению эмоциями и связанных с ними других навыков — умения осознать свои эмоции, обозначить и изменить их, но сосредоточиться на эмоциональном переживании.
2. Создание плана. Обучение может проходить как в индивидуальном порядке, так и в группах. В группе обучение проходит лучше, потому что можно отследить эмоциональную реакцию и получить обратную связь от других членов группы.
3. Ролевые игры и тренировка отдельных эмоциональных навыков, таких как выявление и обозначение эмоций, разъяснение контекста, в котором они возникают, осмысление соматических реакций и поведения, которое их сопровождает, в том числе дыхание, напряжение мышц, позы, движение, мимика и т.д.
4. Воздействие сильных эмоций с помощью игровой сцены или представлением воздействующей ситуации. Пациент учится как можно глубже испытать это состояние, отмечая, что с ним происходит и как изменить эти эмоции. Далее он учится адекватно формулировать эти эмоции.

Эмоциональную лабильность можно контролировать наблюдением за событиями, которые вызывают эмоциональное состояние или снижением своей чувствительности по отношению к ним. Изменение обстоятельств в этом случае также может помочь. Люди склонны к эмоциональной неустойчивости в ситуациях стресса, шума и суеты, когда у них мало приятных впечатлений, им не хватает социальной поддержки. Повлиять на лабильность поможет гармоничный образ жизни: регулярный сон, питание, физические упражнения, ритмичная повседневная деятельность, избегание чрезмерной нагрузки, алкоголя, кофе, сигарет и

наркотиков. Эмоциональная лабильность может быть снижена за счет приятной деятельности. Пациент должен осознавать в полной мере свои эмоции, физические реакции, поведение и мысли во время приятного опыта в реальности и в воображении.

Пример воображения: «полного внимания» во время поедания батончика Сникерс

У меня появилось желание съесть батончик «Сникерс» уже в метро. Когда мы подъезжаем к моей станции, начинаю думать о нем, я вижу коричневую обертку, и во рту у меня собираются слюни. Очень хочу его съесть. Это желание растет с приближением к палатке, где я его покупаю. Я жду с нетерпением. У меня немного ускорилось дыхание, я чувствую себя в трансе. Купив его, сначала прощупаю упаковку очень медленно. Я не спешу, чувствую массу и шоколад. Прощупываю твердость шоколада через упаковку. Пальцы очень мягко прикасаются. Тогда я разорву обертку. Я впиваюсь зубами с одного конца, сжимаю челюсти и сильно рвану головой, как хищник. Потом я понюхаю шоколад. Зубы пройдут через него... Орехи... Чередуется твердая и мягкая масса. Начинаю размельчать батончик зубами. Вкус шоколада, карамели, орехов проходит через рот и нёбо к основанию языка. Я глотаю... Кусок скользит через пищевод... проходит в желудок... Это приятное чувство... Проглотив его... делаю выдох... длинный выдох... Все тело расслабляется. И снова начинаю жевать, ощущаю аромат...

7.4.9. Обучение управлению импульсами

Иногда, самоповреждение или саморазрушающее, симулированное суицидальное поведение, импульсивно, пациент не в состоянии полностью его контролировать. Необходимо взвесить опасность для пациента и его окружения. При высоком риске опасного поведения необходима госпитализация.

Обучение управлению импульсами является интервенцией, цель которой — снизить непроизвольное желание бурно реагировать. Терапевт вначале объясняет пациенту цель и принципы обучения, а затем наглядно показывает, как это делается. После этого пациент осваивает навыки сначала в рамках сеанса, а потом в реальности между сеансами. Интервенция имеет четыре фазы: исследование, контроль, обучение и практическое применение.

На этапе исследования терапевт и пациент рассматривают модели импульсивных реакций больного; обращают внимание на возбудители, обстоятельства и модифицирующие факторы. Важно, чтобы они как можно конкретнее понимали, что происходит во время импульсивного действия. Типичные вопросы, которые необходимо задать пациенту, следующие: «Какие ситуации у вас обычно вызывают это поведение? О чем вы в такие моменты думаете? Как вы себя чувствуете до, во время и после импульсивного действия? Какие мысли приходят вам в голову? Что вы чувствуете в вашем теле? Как вы дышите? В каких ситуациях вам легче контролировать это поведение, а в каких труднее?» Суицидальные попытки, самоповреждение, уничтожение предметов и другие деструктивные действия могут иметь различные мотивы — стремление наказать кого-то или самого себя, понизить сильное напря-

жение, искупить вину, попытаться отвлечь внимание от более угрожающей ситуации, привлечь внимание и т.д. Когда пациент осознает свою мотивацию (или мотивации), легче контролировать его поведение. Отображение конкретных событий помогает пациенту понять, как его импульсивные реакции связаны с внешними обстоятельствами и с внутренними процессами. Терапевт, как правило, просит пациента описать последнюю импульсивную реакцию, а затем они совместно обсуждают ее отдельные компоненты.

1. Пациент отслеживает и записывает свои импульсивные реакции в течение 2 недель. Эти записи он обсуждает с терапевтом. Результатом является перечень ситуативных триггеров и сопутствующих обстоятельств, список типичных когниций, последствий и модифицирующих факторов.
2. Обучение ориентировано:
   а) вначале на устранение импульсивных реакций (путем подсчета, с помощью описания обстоятельств, изменения поведения альтернативных видов деятельности, контроля дыхания и мышечной релаксации, медитации, аутогенной тренировки); возможным вариантом является замена деструктивного поведения менее деструктивным (например, порез запястья заменить на черкание себя карандашом);
   б) на систематическое отвлечение внимания, которое может быть внутренним или внешним. При внутреннем отвлечении пациент учится тому, что должен сказать себе в критической ситуации, тренирует мысли, несовместимые с импульсами («Это на самом деле смешно, я лучше буду смеяться, чем порежусь!»). При внешнем отвлечении внимания пациент пытается изменить обстоятельства, которые его волнуют. Например, когда он попадает в конфликтную ситуацию, он быстро выйдет из комнаты, вместо того чтобы копить в себе напряжение, а потом атаковать другого человека либо ранить самого себя.
3. Терапевт помогает практически применять полученные навыки, обсуждает различные ситуации, которые пациент попытался освоить, и дает ему обратную связь о том, как он с ними справился. Важно, чтобы терапевт систематически поддерживал пациента, пока тот не будет в состоянии самостоятельно и в достаточной степени контролировать свои импульсы.

7.4.10. Обучение снижению повышенной чувствительности

Люди, которые искаженно и негативно воспринимают социальные ситуации, имеют тенденцию реагировать на них с помощью защиты или агрессивно. В рамках обучения снижению чувствительности пациенты учатся, как реагировать на критику, безразличие, подозрительность, ревность и другие комплексные неадекватные реакции в межличностных отношениях соответствующим образом. Терапевт обучает пациента и практикует с ним более подходящие способы восприятия, оценки и действий (Sperry, 1999). Снижению повышенной чувствительности предшествуют следующие этапы:

1. Анализ слишком чувствительных реакций, которые пациент осознает: Речь идет об отдельных возбудителях и обстоятельствах (акцент на словах, мимике, жестах, паралингвистических компонентах и т.д.), типичных мыслях и представлениях, но особенно когнитивных ошибках, которые совершает

пациент. Анализ информационных процессов включает: направление внимания, обработку информации, реакцию на информацию и обратную связь. Следующий терапевтический подход фокусируется на этих компонентах.
2. Анализ других реакций на социальные ситуации. Важно описать реакцию на социальные ситуации (ситуацию в семье, на работе, с друзьями, в учреждениях, в чужой среде), так как во многих из них пациент не осознает свою искаженную обработку информации. Основное внимание мы уделяем когнитивным процессам, т. е. интерпретации и оценке ситуации.
3. Обучение. Адекватное понимание социальной ситуации обычно происходит с помощью когнитивной реструктуризации (работе с мыслями) или посредством решения проблем. Различные альтернативные варианты сопоставляются друг с другом для оценки определенных действий. Пациент приобретает дифференцированную точку зрения. Обучение включает инструкции, ролевые игры и обратную связь через видеозапись.
4. Практика. Пациент закрепляет полученные навыки, приносит на сеанс записи о том, как он смог с ними справиться, несмотря на то что раньше чрезмерно чувствительно реагировал в подобной обстановке.

7.5. Групповая КБТ

Мы будем рассматривать групповую КБТ. По сравнению с индивидуальной КБТ, она имеет очевидные преимущества: экономит время, позволяет пациентам учиться друг у друга, серьезно облегчает получение социальных навыков, помогает пациентам создать социальную сеть, которая часто сохраняется после завершения группового лечения. Недостатком является некоторая универсальность и неперсонифицированность терапевтических вмешательств. Его можно устранить с помощью индивидуальных сеансов с отдельными пациентами. Группы формируют из 6—12 человек, идеально — из 8 человек. Продолжительность одного сеанса 1,5—2 ч. Пациенты, страдающие тяжелой формой депрессии или психотическим расстройством, могут находиться в сосредоточенном состоянии короткое время, а у пациентов, страдающих социальной фобией, время сеанса может быть более длительным (первые 4 встречи лучше ограничить 4 ч.), чтобы их беспокойство в этой ситуации могло снизиться до конца встречи. Затем, мы сокращаем продолжительность встречи до 2 ч. Занятия амбулаторных групповых программ происходят 2 раза в неделю. Однако при посещении дневного стационара программы длятся несколько часов в день. В этом случае целесообразно менять содержание программы. Например, совмещение сеанса, посвященного когнитивной реструктуризации, с сеансом, посвященным ассертивности, улучшает сосредоточенность и вовлеченность участников.

7.5.1. Распределение пациентов по группам

Не все пациенты подходят для участия в групповой КБТ. Показания и противопоказания для групповой КБТ зависят от тяжести симптомов (например, пациент, страдающий тяжелой формой депрессии, сбивчивостью или острым дискомфортом, не подходит для групповой КБТ), сопутствующих заболеваний, интеллекта, готовности ладить с другими членами группы и возраста.

Проблемы могут возникать при распределении пациентов, страдающих трев-тревожным или депрессивным состоянием, и, страдающих расстройством личности. Пациенты с параноидальным, антисоциальным, эмоционально нестабильным, истерическим расстройством личности или с плохим контролем импульсов могут легко запугать или манипулировать всей группой, обесценив ее работу. Если пациенты с этими заболеваниями попали в группу, вместо систематической КБТ мы будем налаживать отношения между членами группы. Поэтому желательно не включать пациентов с ярко выраженными проблемами расстройства личности в группу пациентов без расстройства личности, но создавать для них специальные программы. Для пациентов, страдающих расстройством личности, обычно требуется другая групповая работа.

Важна совместимость пациентов в группе. Когнитивно-бихевиорально ориентированные группы обычно объединяют определенных пациентов, например, с ОКР, социальной фобией, агорафобией, депрессией, со слуховыми галлюцинациями Существуют групповые программы по обучению ассертивности, социальным навыкам, управлению тревогой.

Предпочтительно иметь в группе пациентов обоих полов, примерно одинакового возраста. Слишком большие различия между поколениями могут быть вредны, потому что вопросы, которые решаются, связаны с определенным возрастом и касаются не всех. В группе не должно быть родственников, хороших друзей и людей, состоящие в любовных отношениях.Пациенты, которые после объяснения смысла терапии положительно на него реагируют это объяснение согласуют со своим мнением («Да, у меня тоже так происходит»), которые готовы попробовать когнитивно-бихевиоральные методы, скорее всего имеют больше шансов получить от терапии пользу, чем те, кто отвергает эту модель («Да, я понимаю, что вы имеете в виду, но у меня дело в чем-то другом») и не допускают, что этот вид лечения может принести им пользу. Так часто бывает у пациентов, страдающих ипохондрией, которые эти симптомы приписывают нераспознанной физической болезни. Подобная проблема часто возникает с религиозно ориентированными пациентами, со склонными к необоснованному философствованию. Очень важным фактором для КБТ является интеллект пациента. Для групповой КБТ требуется по крайней мере средний его уровень.

Малый результат, как правило, имеет групповая работа с пациентами, которые не желают сотрудничать. Пациенты, неспособные довериться другим людям, неготовые сообщать о своих жизненных обстоятельствах, убежденные в том, что со всем должны справиться самостоятельно, отказываются от любого предложения о сотрудничестве. Для обучения в группе также не подходят пациенты с острыми суицидальными наклонностями и зависимые от алкоголя или наркотиков, не желающие от них воздержаться. Эти пациенты не в состоянии работать систематически и быстро выпадают из группы,иногда даже могут втянуть в зависимость других членов группы.

7.5.2. Индивидуальная подготовка пациентов для групповой работы

Пациенту необходимо знать заранее, что от него будут ожидать в группе. В отличие от динамических методов терапии, до включения пациента в когнитивно-бихевиорально ориентированную группу мы стараемся его проинформиро-

вать: по какой программе будет работать группа, что он лично будет делать, что от него ожидается и что он может ожидать от терапевта. Роли определяют заранее, их изменение невозможно. Терапевт в группе выступает в качестве ведущего или учителя, а пациент — в роли студента или пациента. Подобным образом заранее и на индивидуальном сеансе обсуждаются поставленные цели лечения. Пациент совместно с терапевтом устанавливает, на каких проблемах он сфокусируется в группе, что ему необходимо практиковать и чему научиться. Пациент должен быть проинформирован о *домашних заданиях.* До определения пациента в группу его необходимо осмотреть, объяснить когнитивно-бихевиоральную модель его расстройства, симптомы и трудности, возможности и смысл отдельных терапевтических вмешательств.

7.5.3. Проведение групповой когнитивно-бихевиоральной терапии

Задача терапевта в простой и наглядной форме изложить материал, с помощью дискуссий и упражнений подготовить пациентов к самостоятельной тренировке. На основании данного материала он предлагает домашнее упражнение. На следующем сеансе терапевт проверяет, как члены группы выполнили задание и какие навыки они приобрели. Упор делается не на интерпретацию, а на выполнение упражнений.

Для наглядности терапевт использует разнообразные средства: записи на доске, проектор, печатные бланки упражнений, видеокассеты и т.д. При изложении материала удобно приводить примеры.

Очень важно использовать положительную обратную связь. Многие пациенты, страдающие тревожным состоянием, должны на занятиях в группе приложить значительные усилия. Словесная похвала мотивирует их на хорошие результаты даже тогда, когда пациент склонен к тому, чтобы сдаться.

Многие пациенты имеют существенные недостатки в социальных навыках. Терапевт, кроме того что обучает пациента данному материалу, действует как пример человека, который управляет социальными навыками, т. е. выражается ясно, открыто, конкретно и кратко.

Работа в группе содержит следующие компоненты: терапевтическое изложение, примеры, инструкции; процесс от простого к более сложному; обучение по модели; обратная связь между членами группы; домашнее задание; имитация; совместное влияние пациентов друг на друга.

7.5.4. Структура сеансов при групповой терапии

Каждый сеанс построен по схеме. Терапевт в начале каждого сеанса пишет на доске или показывает с помощью проектора программу встречи. Терапевтические лекции имеют примерно одинаковую программу, которая соответствует теме и потребностями группы. Перерыв в обсуждении главной темы может быть продлен или сокращен. Таким образом, создается временной резерв в случае необходимости.

Схема терапевтического часа:

Определение программы .

Моменты, обсуждаемые на каждом сеансе: события недели, предыдущий сеанс, домашнее задание.

Основная тема дня.
Определение домашнего задания.
Релаксация .
Обратная связь .

Подробно рассмотрим составляющие терапевтического сеанса.

Определение программы (5 мин)

С определения темы мы начинаем все сеансы. Желательно программу написать на доске. Терапевт может сказать, например, следующее:

«Прежде чем мы начнем, я хотел бы поговорить о программе сегодняшнего сеанса. Сначала мы обсудим самые важные вопросы, которые у вас произошли за неделю, затем посмотрим, как вам удалось выполнить домашнее задание. Далее мы сосредоточимся на главной теме дня, которая будет состоять из разговора и эмпатического слушания. Это важные вопросы, потому что люди, страдающие от тревожных или депрессивных состояний, боятся социальных контактов, так как не знают, о чем разговаривать с другими людьми. При возможном разговоре они часто готовятся, что сказать, и не слишком воспринимают то, что говорит другой человек. Поэтому они не могут спонтанно установить связь с другим лицом. В конце мы проведем прогрессивную релаксацию определим домашнее задание».

Моменты, обсуждаемые на каждом сеансе (30 мин)

а) события прошедшей недели. В начале сеанса кратко обсуждаем события, которые произошли с пациентами в течение недели с момента последней встречи. На первых сеансах было бы хорошо ввести определенную структуру отчета — что произошло, случилось ли что-либо значительное, что удалось. Каждое активное и положительное достижение либо интерес терапевт усиливает положительной обратной связью. На более поздних этапах нет необходимости в частой похвале. Терапевт оценивает лишь более значительную деятельность. На некоторых сеансах можно разнообразить отчет о событиях. Пациент будет сообщать о событиях другого. Группа из 3—4 человек получает задание обсудить наиболее важные события. Этот способ тренирует умение слушать и помогает избавиться от сосредотачивания внимания только к самому себе.

б) оценка предыдущего сеанса. Напомним, что мы делали. Спросим, есть ли что-либо из последнего сеанса, что осталось нерешенным, не хотят ли они к чему-то вернуться либо о чем-нибудь спросить.

в) обсуждение домашнего задания. Группу мы разделяем на малые группы, в которых пациенты обсуждают задание. Более легкие задания пациенты обсуждают в малых группах, более сложные задачи обсуждаются в большой группе. Обсуждение дает возможность терапевту оценить усилия пациентов и отметить их заслуги похвалой.

Основная тема дня (60 мин)

Основная тема определяется на основании материалов из отдельных лекций. Обычно мы практикуем когнитивные методы и обучаем социальным навыкам, затем происходит воздействие. Учитывая, что пациенты имеют собственный ма-

териал для подготовки, с которым они могут заниматься дома, терапевт излагает только важную информацию по данной теме.

Домашнее задание (15 мин)

Домашнее упражнение предназначено для тренировки приобретенных навыков в реальной жизни, сбора информации для следующей терапевтической работы. Необходимо, чтобы оно было логически выведено из тем, обсуждавшихся во время сеанса. Пациент должен хорошо понимать это задание, его смысл. В противном случае ему будет неинтересно его выполнять. Можно обсудить и озабоченность по поводу выполнения задания и возможные препятствия по его осуществлению.

Релаксация (5 мин)

Релаксацию вначале проводит терапевт, однако начиная с третьего сеанса ее можно доверить участникам группы, чтобы остальные давали обратную связь.

Обратная связь (5 мин)

Мы просим участников группы высказаться, чему они научились на этой встрече, что для них было самым важным. Далее терапевт спрашивает, как пациенты чувствовали себя во время сеанса и удовлетворены ли встречей. Следует дать понять, что приветствуется открытое выражение мнения, потому что только в этом случае есть можно уточнить недоразумения и лучше удовлетворить потребности пациентов.

Основные темы групповых встреч для пациентов, страдающих паническим расстройством (Soukupová и Praško, 2000)

1. Обучение: стрессовая реакция, идентификация физических симптомов. Управляемая паническая атака. Обучение релаксации
2. Обучение: модель панического расстройства, порочный круг тревоги
3. Работа с мыслями — идентификация
4. Работа с мыслями. Управляемая паническая атака. Релаксация. План воздействия
5. Воздействие: теория и планирование на практике. Когнитивная реструктуризация. Работа с мыслями
6. Воздействие: работа с когнитивными ошибками. Решение проблем: идентификация проблемных областей
7. Решение проблемы: конкретизация проблемы и цели
8. Решение проблемы: мозговой штурм возможных стратегий решения проблемы
9-11. План решения проблемы и его реакция
12. Подготовка к будущему
13. Резюме и оценка всего курса. Планы на будущее
14. Встреча через 3 мес.
15. Встреча через 6 мес.

Литература

Beck J. S. Cognitive approaches to personality disorders Wright J. H., Thase M. E. (eds.) Cognitive therapy. Review of Psychiatry, 1997, č. 16, Section I.
Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F. et al. Cognitive therapy of depression. NY: Guilford Press, 1979.

Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L. Anxiety Disorders and Phobias — a cognitive perspective. Basic Books, NY, 1985.
Cautela J. R. Covert senzitization. Psychol. Rev., 1967, č. 20.
Clark D. M. A cognitive model of panic attacks Rachman S., Maser J. D. (ed.) Panic: psychological perspective. New Jersey: Elbaum, 1988.
Clark D. M. Anxiety states: Panic and generalized anxiety Hawton K., Salkovskis P. M., Krik J., Clark D. M. (eds.) Cognitive behavioral therapy for psychiatric probléme: A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 1989.
Clark F. M., Proudfit H. K. The Prejection of Locus Coeruleus Neurons to the Spinal Cord in the Rat Determined by Anterograde Tracing Combined with Immuno cytochemistry. Brain Res., 1991, č. 538.
D'Zurilla T. J., Goldfried M. R. Problem solving and behaviour modification. J. Abnorm. Psychol., 1971, č. 78.
Fennel M. J. V. Depress Hawton K., Salkovskis P. M., Kirk J., Clark D. M. (eds.) Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. Oxford: Oxford University Press, 1989 (přeložil Petr Možný).
Friedman E. S., Thase M. E., Wright J. H. Cognitive and behavioral therapies Tasman A., Kay J., Lieberman J. A. (eds.) Psychiatry, 2nd ed. London: Wiley, 2003.
Gelder M. G., Marks I. M., Wolff H. E. et al. Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: a controlled inquiry. Br. J. Psychiatry, 1967, č. 113.
Goldfried M., Decenteceo E., Weinberg, L. Systematic rational restructuring as a self-control technique. Behavior Therapy, 1974, č. 5.
Hawton K., Kirk, J. Problem solving Hawton, K. et al. (eds.) Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
Kennerleyová H. Jak zvládat úzkostné stavy. Praha: Portál, 1998.
Kratochvíl S. Základy psychoterapie. Praha: Portál, 1997.
Lazarus A. A. Learning theory and the treatment of depression. Beha., Res. Ther., 1968, č. 6.
Meichenbaum D. Stress Inoculation Training. NY: Pergamon, 1985.
Miller W. Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural Psychotherapy, 1983, č. 11.
Öst L. G. Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. Beh. Res. Ther., 1987, č. 25.
Praško J., Šlepecký M. Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch. Psychiatrické centrum, Zprávy, Praha: 1995, č. 127.
Praško J., Prašková H., Asertivitou proti stresu. Praha: Grada, 1996.
Praško J., Kosová J., Pašková B. et al. Farmakoterapie a psychoterapie v léčbě sociální fobie z pohledu dvouletého katamnestického sledování: Závěrečná zpráva grantu IGA. MZ ČR, 2000.
Praško J., Pašková B., Horáek J., Fremund F. Somatoformní poruchy. Praha: Galén, 2002.
Prašková H. a Praško J. Úzkostné a fobické poruchy. Praha: Galén, 1999.
Procházka J., DiClementi C. Transteoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy, 1982, č. 19.
Sperry L. Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorder. London: Taylor and Francis Group, 1999.
Suinn R.M., Richardson F. Anxiety management training: a non-specific behaviour therapy programme for anxiety control. Behaviour Therapy, 1971. č. 2.
Young J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota (FL): Professional Resource Exchange, 1994.
Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. Schema therapy: A practitioner's guide. NY: Guilford Press, 2003.
Wilson R. R. Don't panic. Taking control of anxiety attacks. NY: Harper & Row, 1987.

8. Практическое применение КБТ

Ян Прашко, Петр Можны, Милош Шлепецки

8.1. КБТ аффективных расстройств

В этой главе мы отдельно рассмотрим депрессивное и биполярное расстройство. Лечение депрессивных состояний при депрессивном эпизоде, дистимии, депрессивной фазе биполярного или однополярного аффективного расстройства в КБТ проводится почти одинаково. Небольшая разница может быть найдена в различных аспектах лечения. При депрессивном эпизоде униполярной депрессии мы уделяем особое внимание работе с АНМ и планированию действий, при дистимии — изменению дисфункциональных когнитивных схем, обучению собственному подкреплению и изменению образа жизни так, чтобы чувствовать радость от приятных ощущений. При биполярном расстройстве акцент делается на профилактику дальнейших депрессивных и маниакальных этапов (в частности, речь идет о способности обнаружить первые признаки рецидива), гармонизацию образа жизни, поддержание дневных ритмов.

8.1.1. КБТ депрессивного расстройства

Традиционные формы психотерапии для пациентов, страдающих депрессией, малоэффективны, потому что они, как правило, воспринимают изложение и предложения терапевта как критику или отказ либо думают, что не в состоянии справиться с его рекомендациями. В качестве эффективных подходов в последнее время хорошо себя зарекомендовали КБТ и интерперсональная психотерапия. В обоих случаях речь идет о структурированных краткосрочных подходах, ориентированных на психологическое образование, изменение точки зрения и обучение новых навыкам. При КБТ лечение исправляет депрессивное искажение в мышлении, оценке и отношении пациента. Пациент хочет добиться реалистичного отношения к себе и к своей жизни. Методы КБТ основаны на данных, что пациент, страдающий депрессией, систематически искаженно оценивает свое прошлое, настоящее и будущее и видит себя как человека, которому ничего не удалось. Поэтому он не верит в себя и от будущего ожидает только неудачи, они неспособен ставить цели и быть активным. В терапии мы прикладываем усилия к тому, чтобы пациент смог распознать и изменить эту негативную оценку самого себя, окружающего мира и будущего. Цель — изменить всю систему ложных убеждений и взглядов пациента. КБТ основана на предположении, что пациент находится в депрессии из-за того, что в своем прошлом, настоящем и будущем не видит позитивных, радостных впечатлений. При этом он убежден, что ситуация не может быть изменена и часто себя обвиняет в своих трудностях. Терапевт ведет пациента к тому, чтобы тот внимательно изучил отношение к себе и своему окружению, осознал его искажение, нереальность и вредность, заменил это отношение на более реальное и здоровое. КБТ при депрессии имеет следующие основные черты (Praško a Šlepecký, 1995):

1. вытекает из когнитивно-бихевиоральной модели возникновения и поддержания депрессии;
2. основана на взаимном сотрудничестве пациента и терапевта;
3. является ограниченной по времени до 120-часовых сеансов с частотой 1—2 раза в неделю, в конце терапии — один раз в 2 недели;
4. четко структурирована; терапевт активен и директивен;
5. в большей степени направлена на решение текущих проблем, чем на поиск их корней в прошлом.

Основной метод заключается в дискуссии между терапевтом и пациентом. Терапевт с помощью так называемого сократического диалога приводит пациента к тому, чтобы тот самостоятельно научился распознавать логические ошибки в своем мышлении и влиять на свое настроение и активность.

Пациент активизируется выполнением конкретных домашних заданий и одновременно проверяет, являются его ожидания и прогнозы реальными, или искаженными.

Целью КБТ при депрессии является научить пациента использовать когнитивно-бихевиоральный метод для самостоятельной борьбы с депрессией.

В большинстве случаев депрессия имеет временный характер. Без лечения депрессии обычно проходят в течение 6—24 мес. Однако часто происходят рецидивы. Примерно в 15—20 % случаев депрессия является хронической. Таким образом, лечение должно быть направлено не только к скорому восстановлению, но и к поддержанию улучшения и снижению риска повторного заболевания. Именно по этой причине созданы психологические методы лечения депрессии. Пациент самостоятельно и активно преодолевает как начинающуюся депрессию, так и депрессивные симптомы во время эпизода и долечивания.

8.1.1.1. Основные данные о депрессивном расстройстве

Депрессивные симптомы могут появиться при других психических расстройствах или физических заболеваниях (например, хронических болях, раке толстой кишки или алкогольной зависимости). Кроме того, мы должны отличать понятие депрессии, которое стало частью повседневной разговорной речи при обозначении плохого настроения, от реального глубоко сниженного настроения. Депрессия — это болезнь всего организма. Следовательно, это не слабость, отсутствие воли или самодисциплины. Депрессия приводит к чувству грусти, безнадежности, к неспособности испытывать радостные переживания, снижению энергии и воли. От обычной грусти или огорчения депрессия отличается тем, что она более интенсивна, длится дольше и мешает адаптации к жизненным обстоятельствам. Это не просто смена настроения. Однако это не значит, что человек ненормальный или сумасшедший. Он пассивен, в плохом настроении и упрекает себя за это, не может выполнять повседневные обязанности, сосредоточиться, не в состоянии получать удовольствие от вещей, которые раньше его радовали, он чувствует пустоту в своей душе. Основным проявлением депрессивного расстройства, следовательно, является изменение настроения, угнетение или потеря интереса и удовольствия. Такое нарушение значительное, относительно стабильное и связано с другими симптомами депрессивного синдрома пессимистическими мыслями, пониженной энергичностью, психомоторной заторможенностью или тревогой. По-

давленное настроение, как правило, является основным симптомом депрессии. При первичном обследовании пациент жалуется на физические проблемы, усталость, бессонницу, а о своем подавленном настроении и пессимистичных мыслях обычно не говорит.

1) Клинические проявления депрессивного расстройства

В зависимости от тяжести мы различаем депрессию легкую, среднюю и тяжелую; тяжелую депрессию без психотических симптомов и тяжелую депрессию с психотическими симптомами. Независимо от диагностической классификации для каждого вида депрессии типичны следующие симптомы: подавленное настроение, снижение энергии и активности, неспособность радоваться и интересоваться, нарушение концентрации, снижение самооценки, чувство вины и ничтожности, пессимистический взгляд на будущее, мысли о самоубийстве, раннее пробуждение, снижение аппетита и интереса к сексу. Настроение, как правило, хуже всего утром, в течение дня оно улучшается. Иногда депрессия проявляется болью в спине, брюшной полости и голове. При тяжелой депрессии могут проявляться и иллюзии, содержащие идеи, что больной устроил какую-либо катастрофу, совершил преступление, за которое будет наказан и т.д. Могут появиться слуховые галлюцинации (обвинительные голоса) или обонятельные галлюцинации (запах гниения, грязи и гниющей плоти). Тяжелая психомоторная заторможенность может привести к полному ступору.

Клинические проявления депрессивного синдрома разнообразны. Как правило, человек страдает от плохого настроения, снижения энергии и активности. Обычна значительная усталость после минимального усилия. Человек не испытывает радость, у него снижается интерес, ухудшается сосредоточенность. Мышление пессимистично, часто звучит самообвинение и чрезмерное угрызение совести, не соответствующее проступкам или ошибкам, которые больной допустил. Пациент имеет характерный внешний вид. Выражение лица грустное, уголки рта опущены, появляются вертикальные морщины в середине лба, мимика замедленна. Депрессивное настроение не улучшается под влиянием внешних обстоятельств, наоборот, проникает везде, что бы пациент ни делал и о чем бы он ни думал. Больной теряет интерес к деятельности, которая ему ранее приносила удовольствие. Каждый вид деятельности требует чрезмерного усилия. Часто пациент откладывает выполнение повседневных задач на неопределенное время. Пессимистические мысли касаются настоящего времени, будущего и прошлого. Он все делает неправильно, его сложная ситуация никогда не изменится, в прошлом он все разрушил. Обычные проявления депрессии — жалобы на физические симптомы. Иногда они привлекают внимание пациентов и врачей больше, чем психологические симптомы. Характерны жалобы на усталость, истощение, бессонницу, запоры, потерю аппетита, веса, желания, аменорею, спазмы в груди, головные боли. Неприятные ощущения могут появиться в любой части тела.

Типичные симптомы депрессии:

1. *длительное грустное, тревожное или «пустое» настроение;*
2. *негативный взгляд на себя мысли о принижении самого себя;*
3. *чувство безнадежности, пессимизма или беспомощности;*
4. *самообвинение и потеря смысла жизни;*

5. *потеря интереса и удовольствия;*
6. *бессонница, раннее утреннее пробуждение или, наоборот, чрезмерная сонливость в течение дня, потеря аппетита, значительная потеря веса или, наоборот, переедание и увеличение веса;*
7. *потеря энергии, усталость, сонливость, недомогание (простые виды деятельности требуют чрезмерного усилия);*
8. *отсутствие интереса к сексуальной жизни;*
9. *чрезмерное лежание или сидение, неспособность заставить себя выполнить какое-либо действие;*
10. *мысли о смерти или самоубийстве, попытки суицида;*
11. *беспокойство, нервозность, чрезмерная раздражительность;*
12. *трудности с концентрацией внимания, запоминанием и в целом с памятью (к счастью, временные), проблемы с принятием решений;*
13. *затяжные физические симптомы, такие как головная боль, расстройство желудка, запоры, длительные боли;*
14. *тяжесть в груди, окоченение или ослабление мышц, быстрая утомляемость;*
15. *чрезмерные страхи и опасения, частое чувство напряженности.*

Клиническая депрессия, следовательно, отличается от временного ухудшения настроения или грусти, которое большинство людей испытывают как нормальную реакцию после определенной потери. Это нарушает способность пациента функционировать во многих областях. Люди, страдающие клинической формой депрессии, чувствуют печаль и часто плачут. Они могут испытывать вину и чувство, что разочаровали других людей. Они бывают сильно раздражены, тревожны и напряжены, в худшей стадии депрессии могут потерять способность эмоционально реагировать и говорят, что не в состоянии чувствовать приятные или неприятные ощущения, полностью перестают испытывать эмоции. Им ничего неинтересно, они ни в чем не заинтересованы. Они вялые, ко всему должны прилагать усилия, поэтому перестают заниматься деятельностью, которая их раньше радовала, и часами сидят в кресле или лежат на кровати. Обычные радости для них трудны и скучны, они не в состоянии сосредоточиться и запомнить, что прочитали или видели. Они сосредоточены на плохом самочувствии, на неразрешимых проблемах, которые их ждут. Может произойти и нарушение основных функций организма. Они плохо спят, у них нет аппетита, теряют интерес к сексу. В определенный момент они могут прийти к выводу, что их страдания никогда не закончатся и невозможно ничего сделать. Это растущее отчаяние может привести к мыслям о смерти как об освобождении. Около 15 % пациентов, страдающих тяжелой депрессией, в конечном итоге кончают жизнь самоубийством.

2) Диагноз депрессия

Под термином «депрессия» понимают несколько различных заболеваний: текущий депрессивный эпизод (F 32), рекуррентное (рецидивирующее) депрессивное расстройство (F 33), депрессивную фазу биполярного аффективного расстройства (F 31), хроническое расстройство настроения — дистимию и циклотимию (F 34), депрессивную реакцию (F43).

Общие диагностические критерии МКБ-10 для F 32 депрессивного эпизода:

G1. Депрессивный эпизод должен длиться не менее двух недель.

G2. При депрессивном эпизоде никогда не наблюдается достаточное количество признаков, которые типичны для гипоманиакального или маниакального эпизода.

G3. Эпизод не связан с употреблением психоактивных веществ или органическим психическим расстройством.

Признаки соматического синдрома (должны присутствовать хотя бы 4 из следующих симптомов):

1) *явная потеря интереса или удовлетворения от деятельности, от которой раньше пациент обычно получал удовольствие;*
2) *отсутствие эмоциональных реакций на события или деятельность, которые обычно вызывают эмоциональный отклик;*
3) *раннее пробуждение (за 2 или более часов до обычного времени);*
4) *депрессия является наиболее трудной утром;*
5) *объективные признаки явной психомоторной заторможенности или тревоги;*
6) *значительная потеря аппетита;*
7) *потеря веса (на 5% и более за последний месяц;*
8) *явная потеря желания.*

Таблица 8.1. Оценка тяжести депрессии

Депрессивный эпизод легкой степени	**Депрессивный эпизод средней степени**	**Депрессивный эпизод тяжелой степени**	**Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами**
А. Общие диагностические критерии для депрессивного эпизода: G1. Продолжительность не менее 2 недель. G2. В течение жизни никогда не появлялись симптомы гипомании или мании. G3. Не связан с употреблением психоактивных веществ или органическим психическим расстройством			
Б. Должны пРисутствовать следующие симптомы:			
хотя бы 2	хотя бы 2	все 3	все 3
1) подавленное настроение в однозначной аномальной степени для конкретного человека, присутствующее большую часть дня и почти весь день, продолжительностью не менее 2 недель; 2) потеря интереса или удовольствия от деятельности, которая обычно была приятной; 3) понижение энергичности или повышенная утомляемость			
В. Из следующего списка дополнительных симптомов должны пРисутствовать:			
Один или больше	хотя бы 6	хотя бы 8	хотя бы 8
1) потеря доверия к самому себе или чувства собственного достоинства; 2) необоснованные чувства раскаяния или чрезмерное и необоснованное чувство вины; 3) повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, любое другое суицидальное поведение; 4) жалобы или доказательства, которые указывают на пониженную способность мыслить или сосредоточиться, нерешительность и неуверенность; 5) изменение психомоторной активности с ажитацией или заторможенностью (субъективно или объективно); 6) нарушения сна любого типа; 7) изменение аппетита (уменьшение или увеличение) с соответствующим изменением в весе			

Г. Любой из следующих областей:			
Не должен присутствовать	Не должен присутствовать	Не должен присутствовать	Не должен присутствовать
1) бред или галлюцинации, другие, чем те, которые называют шизофреническими, чаще всего имеют депрессивное, самообвинительное, ипохондрическое, нигилистическое, параноидальное или персекуторное содержание; 2) депрессивный ступор			

3) Эпидемиология депрессии

Депрессия — одно из наиболее распространенных психических расстройств. Заболеваемость депрессией у женщин вдвое выше, чем у мужчин. Риск развития депрессии в течение жизни колеблется между 20—25 % у женщин и 7—12 % у мужчин. Распространенность, которая говорит о том, какое количество людей страдают от расстройства в данный момент времени, колеблется от 5—9 % у женщин, и 2—3 % у мужчин. Распространенность в первичной медицинской сети варьирует в диапазоне 4,8—8,6 %. Перед началом переходного возраста соотношение мужчин и женщин с депрессией примерно одинаково, после переходного возраста соотношение меняется: у женщины в 2—3 раза чаще, чем у мужчин. Несмотря на высокую распространенность, только 25 % больных, страдающих депрессивным расстройством, был поставлен диагноз и проводилось адекватное лечение.

Кроме того, нередко депрессия скрыта под жалобами на физические проблемы. Постановка диагноза часто осложняется сопутствующими соматическими заболеваниями — ишемической болезнь сердца, сахарным диабетом, гипертонией, язвенной болезнью, опухолевыми заболеваниями, или другими психиатрическими расстройствами.

4) Этиопатогенетические факторы депрессии

Таблица 8.2. Подходы биологической психиатрии к исследованию гипотезы депрессивного расстройства (в соотв. с Fišar 2001, Bareš и Praško, 2003)

Гипотезы	**Подходы**	**Заключение**
Наследственная теория	Генетика	Наследственность и уязвимость к депрессивным расстройствам
Дисрегуляционная теория	Стресс	Повышенная биологическая чувствительность после повторения определенных событий
	Хронобиология	Десинхронизация биологических ритмов
Нейрохимические	Нейромедиаторы	Доступность, метаболизм
	Рецепторы	Количество, близость, чувствительность
	Пострецепторные события	G-протеины, системы вторичных посредников, фосфорилирование и дефосфорилирование, транскрипция
Иммунонейроэндокринные	Ось гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников	Повышенная активность при депрессии
	Иммунная функция	Разные изменения при депрессии

Несмотря на то что мы много знаем о диагностике и лечении депрессивных расстройств, об этиологии и, соответственно, этиопатогенезе известно значительно меньше. Современные знания не позволяют однозначно объяснить причины. Гипотезы об этиологии появляются в области биологических исследований; изучаются генетические факторы, биологические эффекты стресса, иммунонейроэндокринные изменения (ось гипоталамус—гипофиз—кора надпочечников и др.) и нейрохимические переменные (нарушение синаптической передачи сигнала и т.д.). Указанные области, однако, взаимосвязаны и взаимозависимы.

В настоящее время в большей степени исследуются генетические, нейробиологические и психосоциальные факторы. У родственников пациентов (первой степени родства), страдающих депрессивным расстройством, также часто происходят к депрессии. Исследования близнецов доказывают более высокую конкордантность у монозиготных, чем у дизиготных, близнецов, что подчеркивает важность генетических факторов. Вполне вероятно, что депрессия не может быть объяснена одной причиной, а вызвана взаимодействием многих факторов.

Было доказано, что возникновение и развитие депрессии связано с биологическими, историческими, внешними и психосоциальными переменными. К ним относятся нарушения в функции нейромедиаторов, алкоголизм и депрессия в семье, критикующий или агрессивный муж или партнер, отсутствие доверительных отношений, отсутствие социальной поддержки и долговременное отсутствие доверия. После 60-х г. был отмечен значительный прогресс в биологическом понимании этиологии и лечении депрессивных расстройств. Согласно биологическим теориям депрессия вызвана расстройством в нейротрансмиттерных системах головного мозга, в частности снижением доступности серотонина, норадреналина и дофамина. В качестве эффективных антидепрессантов проявились новые препараты, которые повышают доступность этих нейромедиаторов в головном мозге. Медикаментозное лечение депрессии основано на предположении, что ее переживание связано с относительным дефицитом серотонина и катехоламинов в некоторых синапсах головного мозга. Эффект антидепрессантов, которые блокируют ферментативный метаболизм норадреналина, дофамина и серотонина (ингибиторы моноаминооксидазы, ИМАО) или обратного захвата норадреналина и серотонина (трициклические антидепрессанты, ТЦА, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, СИОЗСН) или только серотонина (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, СИОЗС) поддерживает эту точку зрения. Электроэнцефалографические результаты указывают на длительное засыпание, раннее пробуждение, укороченную латентность REM (время от засыпания до наступления REM фазы сна), повышенную насыщенность REM фазы быстрого сна и более короткий сон у пациентов, страдающих депрессией. У пациентов, страдающих депрессивным расстройством, неоднократно обнаруживалась гиперсекреция кортизола у них не происходит подавление секреции кортизола после введения дексаметозона в связи нарушением механизмов обратной связи в дексаметазонном тесте. Повышение уровня кортикотропин—рилизинг—гормона (КРГ) лучше всего объясняют это открытие. У депрессивных людей обнаружена повышенная концентрация КРГ в спинномозговой жидкости. Дозирование КРГ регулируется множеством нейротрансмиттеров, таких

как серотонин, норадреналин, ацетилхолин и ГАМК (гамма-аминомасляная кислота). Кроме гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси при депрессии, кажется, поражена и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидная ось. Реакцию на ГГТС тест стимуляции имеет около 30 % пациентов с депрессией. Тиреоидные гормоны успешно используются для аугментации антидепрессантов при лечении фармакорезистентных пациентов с быстрыми циклами (при биполярном аффективном расстройстве).

Рис. 8.1. Этиопатогенетические факторы депрессии

Этиологию и этиопатогенез депрессивного расстройства объясняли гипотезы, с точки зрения психологических аспектов. Наиболее важные характеристики бихевиоральной, когнитивно-бихевиоральной и психоаналитической теории депрессии наряду с концепцией выученной беспомощности указаны в следующей табл.8.3.

Таблица 8.3. Психологические теории депрессии (в соотв. с Bareš и Praško, 2004)

Теория	**Первичное расстройство**	**Преципитирующий фактор или событие**	**Основные характеРистики**
Психоаналитическая	Закрепление в оральной стадии развития	Реальная, угрожающая или подобным образом воспринимаемая потеря	Поддержание положительной самооценки требует постоянных заверений и поддержки, если их недостаточно, появляется депрессивная симптоматика
Бихевиоральная	Отсутствие социальных навыков	Понижение реакции на позитивное обусловливание	Понижение реакции на позитивное обусловливание приводит к дисфории, клиническая депрессия является следствием пониженной способности испытывать положительные впечатления
Когнитив- [illegible]	Дисфункцио- [illegible]	Стрессор из [illegible]	Активация депрессивных дис- [illegible]

B12, фолиевой кислоты, тиамина; системных заболеваниях — коллагенозе или болезни Вильсона; при инфекционных заболеваниях — вирусном гепатите, внутричерепной инфекции, мононуклеозе, СПИДе, туберкулезе или третичном этапе сифилиса). Устранение соматического заболевания, которое вызывает вторичный депрессивный синдром и чьи симптомы могут напоминать депрессивную симптоматику (недостаток энергии, усталость, головная боль, бессонница), всегда имеют место при первом обнаружении депрессивного расстройства. Даже при периодическом развитии не может исключаться или недооцениваться возникновение соматической коморбидности;

Соматические расстройства, которые могут сопровождаться депрессивными состояниями:

Повреждение ЦНС

Опухоли (особенно фронтальные и темпоральные доли), уремия, демиелинизация, печеночная энцефалопатия, гипоксия, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, травмы головы, инсульт, ранние стадии деменции, апноэ во сне.

Злокачественные экстракраниальные опухоли

Особенно те, которые вырабатывают параэндокринные гормоны, — бронхогенная карцинома (АКТГ), лимфома (паратиреоидный гормон), гепатома (инсулин), карцинома легких (антидиуретический гормон), карцинома панкреатита, дисеминированный карциноматоз.

Эпилепсия

Медицинские препараты стероиды, наркотики, антиконвульсанты, цитостатики, агонисты допамина, гормональные препараты, контрацептивы, антигистаминные и седативные средства, гипнотики, фенотиазины, диуретики, резерпин, альфа-метилдопа, ингибиторы холинэстеразы, простагландина ингибиторы простагландинсинтетазы, антигипертензивные средства центрального действия, инсектициды, индометацин, циклосерин, винкристин, винбластин.

Химические вещества

Тяжелые металлы (свинец, таллий, ртуть).

Инфекции

Внутричерепная, вирусная пневмония, гепатит, вирусный мононуклеоз, грипп, СПИД, туберкулез, сифилис (третья стадия).

Другие заболевания

Коллагенозы (системный lupus erythematodes, ревматоидный артрит), болезнь Вильсона.

Мигрень

Дефицит никотиновой кислоты, пиридоксина, электролитов, витамина B12, фолиевой кислоты, тиамина,

Эндокринные расстройства

Недостаточность гипофиза, гипотиреоз, сахарный диабет, гиперпаратиреоз, гипогликемия, гипер- или гипофункция надпочечников (болезнь Кушинга, болезнь Аддисона).

Психотропные вещества:
алкоголь, седативные и снотворные средства, антипсихотические средства.

Состояние отвыкания
Алкоголь, седативные и снотворные средства, кокаин, стимуляторы, включая кофеин, никотин

2) *депрессивного синдрома, индуцированного психоактивными веществами* (алкоголь, барбитураты, гидрат, метамфетамин и т.д.) *или другими препаратами.* Депрессия может быть вызвана психоактивными веществами, которыми больной злоупотребляет или зависит от них; в настоящее время он находится в состоянии алкогольного опьянения или в периоде отвыкания (алкоголь, опиоиды, седативные и снотворные средства, кокаин, органические растворители), с помощью других препаратов, используемых в соматической медицине (стероиды, альфа-метилдопа, противосудорожные средства, противоопухолевые и, контрацептивы, антигистаминные препараты, антигипертензивные средства) или психиатрии (антипсихотические, бензодиазепинов, снотворные). Для отличия следует обращать внимание на наличие синдрома злоупотребления или зависимости (развитие толерантности и абстинентный синдром). В случае если депрессивные синдромы являются частью клинической картины интоксикации или абстинентного синдрома, они должны быстро исчезнуть после освоения основного состояния или прекращения приема лекарств;
3) *деменции.* Проблемы с дифференциальной диагностикой возникают в случае, так называемой ложной деменции, т. е. симптомов депрессивного расстройства, которые могут имитировать деменцию. В пользу диагностики депрессии свидетельствует быстрое развитие симптомов, анамнез депрессивных расстройств, отсутствие сбивчивости и блуждания, нормальный результат по ЭЭГ и КТ, изменчивость когнитивного дефицита, отсутствие разницы в нарушениях памяти до и после развития заболевания;
4) *шизофрении.* Трудным вопросом может быть отличие депрессии с психотическими симптомами. Психотические симптомы при депрессивном расстройстве проявляются в высшей степени депрессивной симптоматикой, в основном не в начале эпизода. Обычно не наблюдается инкогеренция в мышлении, отчуждении мыслей и т.д. Постшизофреническая депрессия имеет в анамнезе шизофренический эпизод;
5) *шизоаффективного расстройства.* Этот диагноз используется при невозможности отличить аффективное расстройство от шизофрении. В ее клинической картине должны быть представлены симптомы обоих заболеваний;
6) *дистимии.* Клиническая картина дистимии более мягкая по сравнению с депрессивным эпизодом. Процесс длителен (диагностические критерии требуют по крайней мере 2 лет) и не ограничен в эпизодах с ремиссией;
7) *расстройства адаптации.* Депрессивные симптомы при нарушении реакций приспособления появляются при определенном жизненном событии (психосоциальная нагрузка). Депрессивный эпизод может быть вызван экзогенными факторами, а точность диагностического заключения определяется на основа-

нии процесса заболевания (наличие других эпизодов депрессии);

8) *биполярного аффективного расстройства.* Диагноз депрессивного расстройства исключает гипоманиакальные или маниакальные эпизоды в анамнезе;

9) *реакции горя.* Неосложненное горе (например, потеря близкого человека) часто встречается у пожилых людей. Симптомы горевания обычно начинаются и заканчиваются в течение 3 месяцев с момента потери. Не присутствует самообвинение, мысли о смерти или самоубийстве, психомоторное замедление, галлюцинации или волнующие размышления о собственной никчемности, значительное и долгосрочное нарушение жизненного функционирования;

10) *двойной депрессии (double depression).* Депрессивному эпизоду предшествует дистимическое расстройство. Его лечение зачастую редуцирует депрессивные симптомы лишь на дистимический уровень;

11) *расстройства личности.* Депрессивный синдром не происходит в эпизодах с четко ограниченными ремиссиями, а проявляется постоянно повторяющаяся малоадаптивная модель поведения (самоповреждение, употребление наркотиков, обидчивость, неудачные способы борьбы со стрессовыми ситуациями и т.д.). Депрессивные симптомы часто являются реакцией на трудности, связанные с неадекватным поведением.

6) Развитие депрессии

Депрессивное расстройство чаще всего начинается в возрасте 25—35 лет, средний возраст начала депрессивных расстройств — 27 лет. Депрессия может произойти как в детстве, так и в глубокой старости. Симптомы обычно развиваются в течение нескольких дней или недель. При отсутствии лечения депрессивный эпизод длится 6—24 мес. Хотя утверждают, что депрессивный эпизод спонтанно заканчивается, 12 % пациентов не в состоянии выздороветь даже после 5 лет продолжительности эпизода (Keller и др., 1996). Депрессивное расстройство имеет очевидную тенденцию к рецедивированию (повторению). У 50 % пациентов, достигших ремиссии, рецедив наступает через 2 лет, а в течение 6 лет происходит у 90 % пациентов (Keller и соавт., 1996, Coryell и соавт., 1994). Пережив один депрессивный эпизод, риск возникновения следующего эпизода депрессии в течение жизни равен 50 %, а после 4 эпизодов — 90 % (Thase, 1990). Развитие периодического депрессивного расстройства характеризуется сокращением интервалов между эпизодами депрессии. Пациенты с резидуальными депрессивными симптомами подвергаются риску рецидива в 4 раза чаще, чем пациенты, которые достигли полной ремиссии (Paykel и соавт., 1995). У большинства пациентов в период ремиссии происходит возвращение к предыдущему уровню функционирования. Примерно у 12% пациентов развивается хроническая депрессия. Наиболее серьезным риском депрессии является самоубийство. 10—25 % самоубийств в Чешской Республике — результат расстройства настроения. На основании психиатрической ретроспективной аутопсии кажется, что аффективное расстройство в действительности находится на заднем плане 70—80 % совершенных суицидов (Höschl, 2002). Около 15 % пациентов, страдающих депрессивным расстройством, заканчивает свою жизнь самоубийством.

8.1.1.2. Взгляд КБТ на депрессивное расстройство

КБТ включает бихевиоральные, когнитивные и когнитивно-бихевиоральные модели депрессии.

1) Бихевиоральные модели депрессии

Для объяснения депрессии было создано несколько бихевиоральных теорий: теория выученной беспомощности (Seligman, 1975) и ее варианты (Abramson, Seligman и Teasdale, 1978), теория редуцированного положительного подкрепления (Lewinsohn, 1975).

Селигман (1975) предположил, что депрессия появляется в ситуации, когда человек не чувствует связи между поведением и его важными последствиями (положительными или отрицательными событиями). Разработана концепция выученной беспомощности, которая описывает состояние пассивности и отстраненности. В переформулированной гипотезе сделан акцент на причины (атрибуты), которыми характеризуется беспомощность:

а) ожидание того, что события будут развиваться неблагополучным образом;
б) собственная неспособность повлиять на то, что произойдет;
в) приписывание негативным событиям внутренних, стабильных и общих причин, а позитивным событиям — внешних нестабильных и специфических причин;
г) чем больше уверенность в ожидаемом негативном характере ситуации и чем меньше развита способность контролировать, тем больше мотивационный и когнитивный дефицит. Чем более важными кажутся неконтролируемые события, тем выше вероятность нарушать эффективность ее разрешения и уверенности в себе.

Абрамсон и др. (1978) утверждают, что такие атрибуты могут приобретать различные размеры: личные (мои) против универсальных (их), глобальные (везде) против специфических (только в этой ситуации), стабильные (всегда) против нестабильных (только сейчас). Например, студент, который приписывает неудачу на экзамене тому факту, что ему недостает интеллекта, использует личные, стабильные и глобальные атрибуты. С другой стороны, тот, кто объясняет свою неудачу тем, что экзамен не был справедливым, помогает себе с помощью универсальных, нестабильных и специфических атрибутов. Худшее эмоциональное воздействие будут иметь негативные события, приписываемые внутренним (личным), стабильным (неизменным) и целостным (общим) атрибутам. Склонность искать внутренние причины неудачи и внешние причины успеха снижает самооценку. Как правило, чем более личным, стабильным и глобальным является отношение к негативным событиям, тем больше вероятность того, что человек станет депрессивным и будет иметь низкую самооценку. Хотя теория выученной беспомощности получила поддержку в исследованиях с недепрессивными индивидами, которые подвергались контролируемой либо неконтролируемой негативной или позитивной стимуляции (Miller a Seligman, 1975), ее часто критикуют (Coyne a Gotlib, 1983).

Lewinsohn (1974) a Lewinsohn, Youngren и Grosscup (1979) предполагают, что депрессия возникает в результате сокращения положительного подкрепления, которое может произойти, если существует вероятность того, что, во-первых, по-

ведение индивида будет подкреплено, (депрессия будет низкой степени тяжести), во-вторых, человек будет подкреплен в отсутствии конкретного поведения (депрессия будет высокой степени тяжести) (Lewinsohn, 1975).

Масштаб продолжающегося положительного подкрепления зависит от количества событий, которые для данного человека являются потенциально подкрепляющими или которые в действительности могут произойти, от совокупности навыков получать подкрепление из среды.

Лэвинсон позже изменил мнение (Lewinsohn, Hoberman, Teri и Hautzinger, 1985). Пересмотренная теория предполагает, что с момента начала депрессии происходит прерывание некоторых личных автоматических моделей поведения. Это приводит к снижению положительного подкрепления (или к повышению количества наказывающего опыта). Результатом этой последовательности событий является увеличение негативных ожиданий. Последует усиление дисфории, изменение в поведении, а также когнитивные, межличностные и другие последствия. Левинсон и др. (1985) выявили факторы, которые увеличивают уязвимость к развитию депрессии. Наиболее подвержен болезни женский пол в возрасте 20—40 лет. Важны предыдущие случаи депрессии, а также низкий адаптивный навык, чувствительность к негативным событиям, низкий социально-экономический статус, низкая самооценка, пониженный порог для появления патологических схем по отношению к самой себе и воспитание до 7 лет. Он также определил некоторые протективные (иммунные) факторы: собственная социальная компетенция, высокая частота приятных событий и социальная поддержка.

Совокупность предыдущих теорий была включена в теорию депрессии с точки зрения социального обучения. Психическое функционирование лучше всего объясняется континуальным взаимодействием между личностными факторами (например, посредством когнитивных процессов, ожиданий, выбором воспоминаний), бихевиоральными факторами и факторами из окружения. Поведение определяется интерактивным способом, не является простой реакцией на внешние раздражители. Согласно теории социального обучения люди могут научиться контролировать свое поведение, поэтому они не бессильны, могут стать тем, кем хотят. Изучен не только тип поведения, но и способ мышления и чувствования. Депрессивное поведение также считается выученным. Мы можем научиться действовать, чувствовать и думать депрессивно. Из этого следует, что устранить депрессию можно посредством новых моделей поведения, для которых возникновение расстройства менее вероятно. Теория социального обучения рассматривает эмоциональные расстройства как поведение, на которое влияют одинаковые формы обучения и развития, т. е. как нормальное поведение.

2) Когнитивная модель депрессии

В 1970-х г. появились психологические теории происхождения и поддержания депрессии, самая известная из которых — когнитивная теория Бека. Она не противоречит существующим биологическим моделям депрессии, а дополняет их факторами, которые являются основой для ее лечения с психологической точки зрения или с позиции психологии. Согласно теории Бека депрессия — это условный рефлекс индивида при воздействии на внешнюю среду. В детстве люди, склонные к депрессии, неоднократно сталкиваются с тем, что со стороны своих

близких (особенно родителей) воспринимаются и ценятся условным способом, т. е. только тогда, когда они отвечают определенным требованиям и критериям. Индивиды оценивают себя в зависимости от ожиданий других людей и от результата, которого они в состоянии достигнуть. В их модели мышления формируются такие схемы: «Для того чтобы я мог ценить себя, меня должны ценить другие. Чтобы я имел какое-либо значение, я должен быть совершенным». Во взрослой жизни эти люди прилагают значительные усилия для удовлетворения потребностей окружающих, чтобы быть оцененными и принятыми другими людьми. Свои собственные чувства гнева и разочарования по отношению к другим людям они пытаются подавить, чтобы не оттолкнуть этих людей. До наступления депрессии в жизни этих лиц, как правило, возникают определенные неудачи, потери и кризисы, особенно в межличностных отношениях. Иногда речь идет об одном значимом событии, однако часто это несколько событий, которые незаметны и которые сам индивид рассматривает в качестве неудачи. В некоторых случаях это могут быть положительные события, например, повышение по работе, которое, однако, связано с большей ответственностью и высокими требованиями, поэтому человек, который является гиперчувствителен к возможной неудаче, боится, что не сможет справиться с работой. В тот момент, когда этот человек почувствует себя отвергнутым другими людьми или, когда он не в состоянии удовлетворить требования, которые перед собой ставит, его самопринятие рушится и начинается клиническая депрессия со всеми ее симптомами. На основе дисфункциональных когнитивных схем мысли пациента переполнены АНМ, которые Бек обозначил как негативную когнитивную триаду: негативное оценивание себя, мира вокруг и своего будущего. Человек перестает нормально функционировать, ему ничего не интересно, любая попытка кажется ему бесполезной, он впадает в состояние пассивности и безнадежности.

Традиционный взгляд на депрессивные состояния предполагает, что депрессивное настроение первично, а негативный когнитивный настрой вторичен. Напротив, в соответствии с моделью Бека симптомы депрессии у людей развиваются по тому, что их способ мышления нарушен. Данная модель предусматривает, что депрессия является когнитивной проблемой, где доминируют личные идиосинкразические автоматические мысли, которые сформировались в жизни человека и малоадаптивность которых не осознана. Негативные идеи, влияющие на отношение к самому себе, окружающей среде, прошлому и будущему, возникали с помощью обучения. Некоторые негативные переживания (личные неудачи) вызвали повышенную чувствительность к подобным мероприятиям и тем самым создали уязвимость по отношению к депрессии. В экспериментах Бека с незаконченными предложениями, в экспериментах с семантическим дифференциалом и в содержании сновидений у пациентов, страдающих депрессией, повторно возникали следующие темы: греховность, безнадежность и бесполезность. Пациент эти понятия относит к себе, к своему будущему и к миру в целом. Воспоминания для него негативны: он вспоминает, что сделал неправильно. Будущее он не воспринимает как реальное, он допускает лишь ограниченные перспективы на будущее, боится других неудач. Свои возможные успехи не относит к себе, но воспринимает их как следствие того, что задача была легкой или что ему кто-либо помог.

Из реальности он выбирает негативные аспекты. Когнитивная теория депрессии основана на следующем предположении: аффективная реакция при депрессии определяется способом, по которому человек ассоциативно структурирует свой опыт. Коррекция негативных понятий снижает депрессивные симптомы (Murphy и др., 1984).

Когнитивная теория А.Т. Бека объясняет эмоциональные нарушения как результат недостаточной когнитивной обработки опыта. Мысли, которые часто возникают у человека в депрессивном состоянии и не соответствуют действительности, он называет автоматическими: «Никогда ничего не могу сделать хорошо! Я ни на что не способен! Если я с кем-нибудь не соглашусь, потом за это поплачусь!»

Чем дольше человек находится в депрессии, тем больше он верит своим АНМ и не подвергает их логическому анализу. Чем больше АНМ возникает, тем больше усугубляется его подавленное настроение и другие депрессивные симптомы. Порочный круг депрессии замыкается.

Рис. 8.2. Порочный круг депрессии

По Беку, на развитие и поддержание депрессивной симптоматики оказывают влияние следующие когнитивные феномены (Beck, 1979):

1. Когнитивная триада.

Пациент, страдающий депрессией, смотрит на себя, на мир, и на свое будущее следующим образом:

а) *Негативная оценка себя* — негативный опыт, который человек испытал, является результатом его дефекта. Речь идет о видении себя в качестве неполноценного, неспособного, удрученного и ненужного человека.

б) *Негативный взгляд на мир* — мир воспринимается как плохой, удручающий, от него можно ожидать только неудачи, наказания и поражения. Задачи в нем настолько тяжелы, что нет другого варианта, как потерпеть неудачу.

в) *Негативный взгляд на будущее* — будущее либо не воспринимается вообще, либо слишком узко — в качестве страданий и лишений — ожидается непрерывное страдание, никчемность, беспомощность.

2. Специфические мыслительные схемы.

Это стабильные когнитивные образцы, с помощью которых человек интерпретирует свой опыт. Они являются основными «тихими» положениями в центре нашей когнитивной системы, которые человек использует для понимания реальности. Мыслительная схема формирует основу для интерпретации событий. Если когнитивная схема малоадаптивна, то созданная интерпретация приведет к стрессовому переживанию и неадекватному поведению. Мыслительные схемы наиболее выразительно сохраняются в памяти посредством опыта в раннем детстве (Beck, 1979).

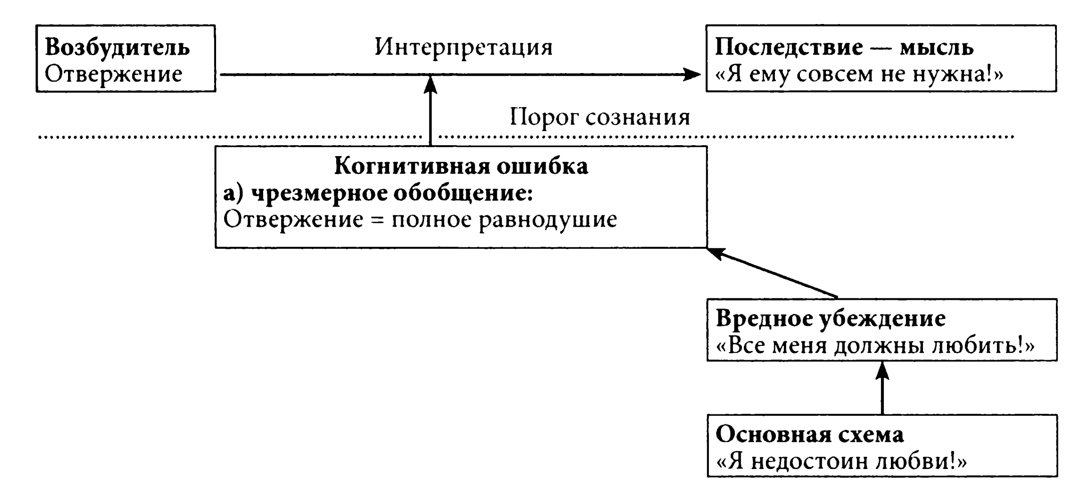


Рис. 8.3. Различные уровни когнитивной обработки

У людей, страдающих депрессией, схемы могут включать «черное-белое» видение действительности как категорический императив, который не позволяет сделать выбор, либо как мнение, что все люди или добрые, или злые. Депрессивный человек пытается быть как можно более совершенным (Hirschfeld и Shea, 1983).

3. Когнитивные ошибки.

Это систематические ошибки в мышлении и восприятии, повторные автоматические ошибочные суждения или оценки, которые приводят к сохранению негативных схем несмотря на противоположную реальность (например, выбором деталей и игнорированием других важных аспектов реальности). Благодаря когнитивным ошибкам индивид сохраняет негативные схемы мышления и подтверждает их, особенно в стрессовых ситуациях. Люди обычно не осознают свои когнитивные ошибки — ошибки в логике. Они воспринимают лишь окончательные выводы, которые могут привести к депрессии.

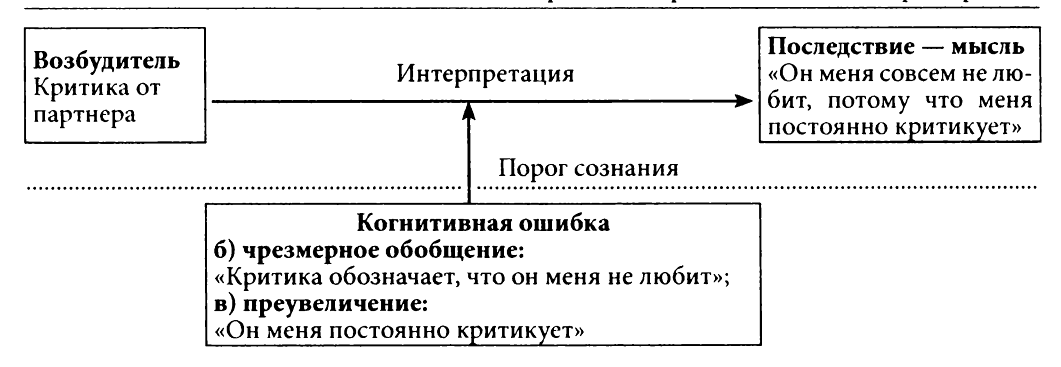


Рис. 8.4. Пример последствий когнитивной ошибки

1. Произвольное умозаключение приводит к образованию специфических выводов о действительности, которые ей не соответствуют, а соответствуют обратному. Речь идет о мгновенно сделанных выводах: «У меня это не получается — у меня ничего не получается. Он меня недостаточно похвалил — я все испортил. Она нахмурилась — я что-то сделал не так. У меня сильно бьется сердце — у меня сердечный приступ. У меня бывают странные чувства — я сумасшедший».
Типичными примерами произвольного умозаключения являются чтение мыслей и ложное предсказание.
Чтение мыслей. Вы можете почувствовать, что люди на вас смотрят сверху вниз.

Например, вы хорошо прочитали лекцию, но когда вы посмотрите на первый ряд и увидите человека, которому явно скучно, у вас возникнет убеждение в том, что вы скучны. Можете себе сказать: «Он меня игнорирует, потому что ему скучно. Ему скучно, он больше не придет на мои лекции».

На самом деле он может быть уставшим после вечеринки.

Так как вы ожидаете критику, когда в вашей компании молчание, это молчание можно объяснить следующим образом: «Молчит, потому что я себя веду глупо, а он мне об этом не хочет говорить. Он не говорит, потому что ему со мной неинтересно общаться. Я виноват в том, что он молчит, потому что веду себя неадекватно. Он молчит. Что я сделал не так?»

Иногда на мнимое отвержение или предполагаемую критику мы сами можем отвечать аналогичным отвержением или ответной критикой. С помощью чтения мыслей мы можем без причины испортить и хорошие отношения, потому что мы с этим связываем определенные мотивы и намерения.

Негативное предсказание будущего

Человек имеет хрустальный шар, который пророчествует сплошные катастрофы, трудности и тяжелую судьбу. Мы можем заранее представить, что произойдет что-то плохое, хотя это предположение может быть нереалистичным, или может произойти только один из вариантов. Эти негативные пророчества приводят к напряженному ожиданию, беспомощности, безнадежности, отвращению к какой-либо деятельности и активности. Иногда из-за того, что человек негативно пророчествует, он действительно терпит неудачу в определенной ситуации. «Я уверен в том, что мне снова будет плохо. Завтра я точно не смогу это сделать, я себя знаю»

2. Селективное абстрагирование — это сосредоточение на детали, которая вырвана из контекста, и пренебрежение другими, более важными характеристиками ситуации. «Я не понял это предложение — я не смогу понять всю лекцию. Хотя он меня похвалил, но все же нашел ошибку — он хвалит меня, чтобы подбодрить, но весь этот текст, учитывая его поведение, ничтожный. Что со мной происходит — Бог мой, я чувствую, как у меня трясутся руки».

3. Сверхобобщение означает обобщение правил или выводов на основании отдельного опыта и использование этого обобщения в ситуации, которая лишь незначительно связана с первоначальным положением дел, а иногда и вовсе не связана. Мелкая неудача может быть обобщена и перенесена на всю ситуацию, а возможно, и на всю жизнь. Отвержение одной просьбы другим человеком может рассматриваться как полное отвержение, нелюбовь. Критика воспринимается как отвержение. «Мне не удалось справиться с этой задачей — не справлюсь и со второй — не справлюсь ни с чем! Я нервничаю сейчас — я нервничаю постоянно — я никогда не будет спокойным. Он меня не похвалил — он меня никогда не хвалил — меня никто никогда не оценит — меня не за что хвалить. Ему не нравится моя прическа — я ему не нравлюсь — я никому не нравлюсь. Упрекнула меня в моем поведении — она меня постоянно в чем-то упрекает — она меня не любит — меня никто не любит».

4. Преувеличение и преуменьшение означает тенденцию неадекватно оценивать ситуации с тенденцией максимизировать негативного опыта или, наоборот, минимизировать возможный успех. Преувеличение (переоценивание) наступает тогда, когда речь идет о чем-то негативном (страх, депрессия, несправедливость, неудача, неспособность, глупость). «Я сделала ошибку, это ужасно, я полностью разрушила свою репутацию. Я не смогла быстро ответить — они видят, что я глупая — я потерпела неудачу, они будут смеяться надо мной. Это ужасное чувство, не могу больше это терпеть».

Взгляд на ошибки, заблуждения, неудачи или критику приобретает гигантский, чудовищный размер. Любая неудача или несовершенство производит впечатление катастрофы.

5. Персонализация (восприимчивое мышление) представляет соотношение внешних событий с самим собой, даже если они к нам не относятся. Персонализация порождает вину и упреки. С одной стороны, она может привести к мучительному самообвинению, а с другой — к ошибочной восприимчивости. Персонализация часто проявляется в ситуации, когда мы произвольно приходим к выводу, что произошедшее является нашей виной или отражает нашу неадекватность в ситуациях, за которые мы несем небольшую ответственность или вовсе не несем ответственности. «Ребёнок не сделал домашнее задание — я плохая мать. Молчание — это моя вина, что я не могу придумать тему для разговора. Руководитель разозлилась на моего коллегу — наверняка, она будет ругать и меня. Ссора с партнером — это, наверное, была моя вина. Это случилось только со мной — больше никого с таким заболеванием нет».

Персонализация может вызвать растущее чувство вины. Мы можем чувствовать ответственность практически за весь мир, поэтому чувствуем себя парализованными. В роли учителя, матери, врача, сына, мужа, чиновника и т.д. мы встре-

чаем людей и, конечно, оказываем на них определенное влияние, однако не можем ожидать, что полностью способны их контролировать.

6. Дихотомическое «черно-белое» мышление (мышление в категориях «все или ничего») проявляется оценкой всего опыта только в двух противоположных категориях — как отрицательное или совершенное. Свои собственные качества, достижения, отношения мы видим только в категориях «черные или белые», хорошие или плохие. Дихотомическое мышление — основа для перфекционизма. Возникает страх при каждой ошибке или неудаче, потому что это приводит к чувству полной неспособности. В крайнем случае человек перестает что-либо делать, чтобы не совершить ошибку. «Я не сдал тест — я потерпел полную неудачу. Я не могу сделать это как он — я это не могу сделать вообще. У меня не удалось выполнить это идеально — у меня это полностью не удалось сделать. Либо я все делаю на 100 %, либо я полный ноль. Если я несовершенен, я неспособен. Если я не полностью созревший, я незрелый. Если я не добрая, я злая. Если мной не восхищаются, значит, меня недооценивают. Я либо здоровый, либо больной. Если у меня немеют руки — значит, я серьезно болен».

Этот способ мышления является нереалистичным, потому что жизнь вряд ли может быть только хорошей или плохой, никто не может быть просто замечательным и прекрасным, как и никто не является абсолютно глупым и скучным. Точно также, никто не может быть только привлекательным или только неинтересным. Абсолютных вещей просто не существует. Если наше мышление будет сосредоточено на абсолютных категориях, мы вероятно будем постоянно находиться в депрессии, потому что мир для нас станет нереалистичным.

7. Психический фильтр «черные очки» — тенденция выбирать негативные аспекты из ситуаций, ставить их под сомнение, искать негативные интерпретации либо игнорировать и не замечать положительные аспекты. При интеракции критика воспринимается максимально, в то время как похвала преувеличенно. При сравнении себя с другими людьми для других используется «розовый фильтр» (другие могут восприниматься как счастливые, удовлетворенные, исполнительные), а при взгляде на себя используется «черный фильтр». «Я уверен, что ей не нравится гораздо больше вещей, но вежливо критикует в моей работе только эту часть. С такой речью я бы никогда не смог выступить, он хорошо говорит, а я бы постоянно запинался, мне ничего не пришло бы в голову. Я себя ужасно чувствовал все выходные».

Кажется, что когда мы находимся в депрессивном состоянии, мы надеваем очки с черными линзами, которые поглощают позитивное восприятие, а все негативные явления кажутся еще более «черными».

8. Игнорирование позитивного (недооценивание) — это способность людей, страдающих депрессией, заменять нейтральные и положительные явления на отрицательные. Эта перемена на «черное» происходит не преднамеренно, но естественным образом. Каждый успех автоматически недооценивается, каждый приятный опыт поставлен под сомнение или рассматривается с негативной точки зрения.

Игнорирование позитивных моментов является одним из самых разрушительных ошибок мышления у депрессивных людей. Все, что прошло успешно, либо

получилось случайно, либо найдется другое негативное объяснение. Депрессивные люди платят за эту «способность», неприятными чувствами и раздражительностью. Они меня хвалят, чтобы сделать мне приятно из сострадания. У меня это удалось, потому что все мне помогали, но на самом деле я не сделала это сама, я бесполезна. Мне удалось приготовить только простой обед только потому, что мне помогла мать.

9. Эмоциональное рассуждение (кататимное мышление) является убеждением, что когда человек что-либо чувствует, это должна быть абсолютная правда. Он не говорит: «Я это так чувствую», но «Это так и так». Подобным образом он может судить о других людях, например, что этот человек такой или сякой (например, он не искренний, он не смотрит в глаза), только на основе поверхностного впечатления, а не продолжительного опыта. Такой вид мышления приводит к явным ошибкам, потому что чувства всегда отражают взгляды и мысли. Если мысли изменены, как это происходит при депрессии, то должны быть изменены чувства и эмоции, следовательно, сделанный из них вывод является ошибочным. «Я чувствую себя виноватым — я, наверное, что-то сделал не так. Я чувствую себя беспомощным, потому, что мои проблемы являются неразрешимыми — никогда ничего не могу решить. У меня нет желания что-либо делать и ничто меня не радует — ни на что нет желания, кроме лежания в постели. Я чувствую себя, как будто умираю — это должно быть что-то ужасное».

10. Утверждение «я должен» — попытка мотивировать себя самого, человек говорит: «Я должен, я должна, я обязана сделать это и это». Это понуждение вызывает стресс, многие люди сразу же чувствуют себя раздраженными и уставшими. Как бы это ни было парадоксально, вместо мотивации к действию эти мысли расхолаживают. Чем больше и чаще мы говорим: «Я должен», тем больше у нас к этому возникнет отвращение. Предложения этого типа способны превратить обычный день в ужасный. Постоянное «Я должен» приводит к напряжению и дискомфорту, с другой стороны, чувство вины из невыполненных «Я должен» может создать порочный круг, который приводит к глубокой депрессии, бессоннице, сексуальной неспособности. «Я должен это преодолеть. Сегодня я должна выстирать все белье, убраться в квартире и сделать домашнее задание с Петром. Я должен заснуть».

11. Обозначение — на самом деле это крайняя форма обобщения. Если мы сделаем ошибку, можно выставлять себя за дурака, когда мы какое-то время расслаблены, мы можем посчитать себя ленивцем. Обозначение на самом деле является оценкой, которая уменьшает многообразие человеческих ценностей до одного отрицательного знака, — «сумасшедший, глупец, неудачник, бездельник». Самообозначение становится жестокой самотиранией, что иррационально. Симплификация ценности каждой человеческой жизни в одно обозначение несправедлива. То же можно сказать про обозначение других людей. Обозначение кого-либо как «неспособный» или «агрессивный» на основании одного события является ложью. У кого-то определенная вещь не получилась, в определенной ситуации человек начал ругаться, нам не понравилось что-то в его поведении — вот единственное, что мы можем констатировать из всего. То же относится к ситуациям, которые мы можем обозначить сильными выражениями «страшно, ужасно, не-

возможно», а затем они влияют на нас эмоционально гораздо сильнее, чем когда мы говорим, что они были неприятны, трудны или напряжены. «Я себя вел просто невыносимо. Все закончилось плохо. Это ужасное чувство. Я глупая корова. Я всегда был закомплексованным человеком».

3) Интерперсональные факторы депрессии

Депрессия возникает в контексте межличностных отношений. Типичные активирующие критические события или ситуации включают горе после потери любимого человека, разногласия или проблемы в отношениях, перемена роли, отсутствие отношений.

Горе после потери любимого человека. Эта долгая и глубокая скорбь оправдана, но когда она продолжается слишком долго и начинает сковывать человека в жизни, требуется лечение. Лечение поможет выплакаться и завершить траур, а затем помочь создать новые интересы и отношения.

Разногласия или проблемы в отношениях возникают у партнеров и во взаимоотношениях мать — ребенок. Люди, страдающие депрессией, часто в одностороннем порядке ожидают от своих близких то, что они не могут или не хотят делать. Иногда проблема заключается в невозможности открыто выразить свои требования, иногда в скрытых или открытых конфликтах (несовместимость в сексуальной жизни, внебрачные отношения, нежелание принять самостоятельное решение своего ребенка, ссоры). Для того чтобы изменить ситуацию, важно узнать, из-за чего возникли разногласия, переосмыслить ожидания (реалистичны ли они) и научиться высказывать свои требования и идти на компромисс.

Изменение роли. Депрессия часто возникает после неудачных попыток приспособиться к изменениям (как положительным, так и отрицательным) жизненных событий (брак, развод, рождение ребенка, продвижение по службе, смена работы, уход в отставку). Изменения ставят новые задачи для обоих партнеров, а вместе с этим необходимость изменить образ жизни, распределить работу по дому и т.д. Очень часто человек, страдающий депрессией, или его близкие не понимают причин и твердо настаивают на старых правилах поведения. В частности, речь идет о тех изменениях, которые больной переживает как потерю. Потеря может быть очевидной (развод), но и неприметной (загруженность после рождения ребенка, принятие ответственной должности и т.д.). Частым изменением является переход к следующей стадии человеческого жизненного цикла. Освоение перехода к новой роли ориентировано на следующих задачах: отказаться от старой роли, осознать и выразить чувство вины, гнева, потери, приобрести навыки для новой роли, установить отношения с людьми, которые появляются на новом жизненном этапе.

Отсутствие отношений: Депрессия может быть результатом долгосрочной социальной изоляции, одинокой жизни. Часто трудно определить, изоляция предшествовала симптомам или симптомы привели к изоляции. Верны оба варианта. Люди, испытывающие депрессивное расстройство, попадает в порочный круг. Трудно сказать, с какого момента он начинается, необходим постепенный выход из него.

Другие интерперсональные факторы. У многих людей, страдающих депрессией, возникают сложности в отношениях с людьми. Эти опасения могут в значи-

тельной мере присутствовать до появления депрессии и выражаются по-разному. Наиболее распространенным опасением является страх быть отвергнутым, критика или равнодушие других. Он может быть связан с близкими людьми, сотрудниками, часто проявляется в отношении к авторитетным людям. Некоторые депрессивные люди напряжены и беспокойны, когда находятся рядом с незнакомыми людьми, особенно когда этих людей много. Большинству трудно проявить уверенное поведение (например, сказать: «Нет!» в ответ на необоснованное требование) или открыто выразить отрицательное и положительное чувство. Одной из самых больших проблем во взаимоотношениях является зависимость от других. Многие депрессивные люди зависят от оценки других. Это связано с невозможностью оценить самого себя и ожиданием, что награда и признание поступит от окружения. Проявлением зависимости является чрезмерная необходимость в подбадривании и оценивании, а также плохая переносимость критики, холодности и отвержения, пониженная способность организовать свою программу деятельности. Подавленное настроение и поведение, которое хорошо видно окружающим людям, вызывает разные реакции. Наиболее распространенной реакцией является сострадание, однако преувеличенное сочувствие не помогает, а, наоборот вредит, усугубляет как тревогу, так и депрессию, поддерживает эти состояния. У человека, страдающего депрессией, такое сочувствие приводит к появлению АНМ: «Все видят, как мне плохо! Если меня все так жалеют, значит, у меня действительно все плохо!»

Другим типом реакции является агрессия. Порицание, принуждение, чтобы пострадавший взял себя в руки, и наказание, разумеется, ухудшают симптомы. Необходимо терпение, доброта, внимание и прочувствование ситуации пациента. Понимание мобилизует активность больного. Близким людям необходимо помочь больному. Чрезмерное сочувствие, напротив, усиливает негативные переживания. Псевдопомощью является ложное подбадривание: «Не волнуйся, скоро тебе станет лучше. Если ты будешь стараться, то сможешь выбраться из этого состояния». Такая псевдопомощь свидетельствует об отсутствии понимания или о беспомощности того, кто это говорит. Как и чрезмерная жалость, ложное подбадривание может на короткое время облегчить страдания пациента, однако облегчить их в долгосрочной перспективе оно не сможет.

4) Когнитивно-бихевиоральная модель депрессии

В конце 80-х гг. произошла интеграция когнитивного и бихевиорального подходов и возникла КБТ. В этой модели депрессии сведены оба взгляда на унифицированную теорию. Модель КБТ учитывает преморбидную уязвимость, которая предположительно является врожденной (здесь предполагается как генетическая нестабильность, так и пережитый стресс матери во время беременности или сложных родов). Если у врождённо уязвимого человека произойдет негативный ранний опыт, в который можно включить потерю воспитателя, длительное или многократное удаление от матери в раннем возрасте, отсутствие поддержки и нежной заботы в младенческом возрасте либо истязание в детстве, возникнут бихевиоральные и биологические модели выученной беспомощности, которые проявляются посредством основных когнитивных схем «Я беспомощен, неспособен, никто не заинтересован во мне, мир жесток и требователен, я не выстою». Как

правило, под влиянием воспитания, ориентированного на результат и принятие, возникает создание правил — условных схем (убеждений), которые заставляют смотреть на себя и на мир так, чтобы человек был для родителей или опекунов настолько ценным, чтобы они его не бросили и не истязали, дали ему понять, как он им дорог. Это убеждение человека в том, что он всегда должен быть максимально способным, никогда никого не должен отвергать, должен повиноваться авторитетным людям, не выражать собственного мнения и взгляды, а соглашаться с мнением и позицией таких людей. Данная позиция приводит покорному отношению к авторитетным людям. Депрессивные дети часто хорошо учатся, помогают по дому, нетерпимы к критике, отвержению, нуждаются в частой похвале и поддержке окружающих людей, не умеют сказать «нет». Чрезмерная направленность на достижение чего-либо и страх потерпеть неудачу понуждает их к чрезмерному обучению, а в будущем к чрезмерному трудолюбию. Дети мало играют, а взрослые пренебрегают развлекательными мероприятиями. Первый эпизод депрессии, как правило, развивается после психосоциального стрессового периода, чаще всего связанного с:

1. потерей важного человека (обычно того, который был необходим для подкрепления), связанной со смертью, расставанием или просто отдалением (например, отъезд ребенка на учебу в другой город);
2. конфликтными отношениями с близким человеком или лицом, который воспринимается в качестве авторитета;
3. изменением роли в жизни (уход из дома, переход к трудовой деятельности, рождение ребенка, потеря работы, уход детей от родителей, выход на пенсию, ограничение жизнедеятельности при физической болезни, и т.д.), когда они теряют подкрепление, которое получали в начальной роли, а в новой роли этого подкрепления не хватает (это может быть продвижение по службе, когда в качестве подчиненных их хвалили, а в роли начальников их больше не хвалят; кроме того, они должны самостоятельно принимать решения);
4. одиночеством и социальной изоляцией (особенно в пожилом возрасте, но и после расставания, ухода детей и т.д.).

Отдельные стрессовые события также могут быть объединены. После критического события происходит активация дисфункциональных убеждений и возникает порочный круг депрессивного мышления (АНМ), депрессивных эмоций, физических симптомов и депрессивного поведения. Его возникновение связано с биохимическими изменениями мозга (ухудшением нейротрансмиссии серотонина, норадреналина и дофамина в лимбической системе и префронтальных долях, увеличением выработки ТРГ, хронобиологической регуляции) и организма в целом (гиперкортизолемия). Мышление влияет на эмоции, но это не значит, что негативное мышление вызывает депрессию. Ее можно понимать как конечное взаимодействие биологических, эволюционных, социальных и психологических предыспонирующих и преципитирующих переменных. Депрессивное мышление не является причиной депрессии, оно ее часть. Мысли могу, в некоторых случаях предшествовать переменам в настроении, а могут служить в качестве возбудителя, являясь углубляющим и поддерживающим фактором для других симптомов. Именно поэтому для них назначают терапевтическое вмешательство.

Ранний опыт в детстве

(условное принятие со стороны родителей ↔ условное самопринятие)

Создание дисфункциональных когнитивных схем

(«Я должен быть успешным во всем. Мое значение зависит от мнения других. Если я что-то сделаю неидеально, это будет бесполезно» и т.д.)

Критические события

(Неудачи и повышенные требования в период 6–12 мес. до наступления депрессии)

Негативные автоматические мысли

(Когнитивная негативная триада: самооценка, оценка внешних обстоятельств, ожидания будущего)

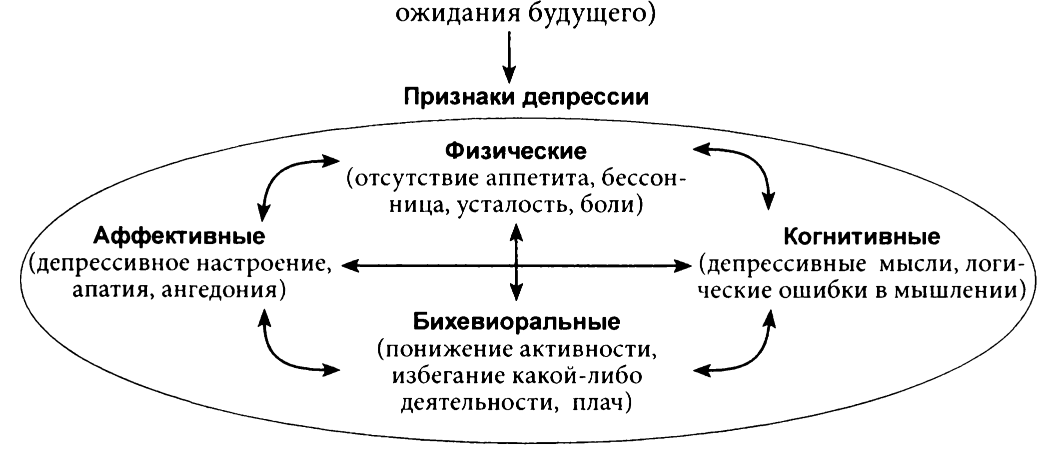


Рис. 8.5. Когнитивно-бихевиоральная модель депрессии (в соотв. с Fennel, 1989)

Дисфункциональные убеждения сами по себе не вызывают депрессию. Проблемы появляются после критических событий, которые входят в систему личных убеждений индивида. Таким образом, уверенность, что личная ценность зависит только от успеха, при неудаче может привести к депрессии. Убеждение, что человек должен быть любимым, чтобы быть счастливым, может вызвать депрессию, если он встретится с отказом. Как только произойдет их активация, дисфункциональные предположения вызовут множество АНМ: негативных, потому что связаны с неприятными эмоциями, автоматических, потому что спонтанно появляются у человека, не будучи продуктом сознательного рассуждения. Речь может идти об интерпретации опыта, о предсказывании будущего или об актуализации того, что произошло в прошлом. Эти мысли затем приводят к другим признакам депрессии — бихевиоральными (снижение активности, зажатость), мотивационным (потеря интереса, апатия), эмоциональным (беспокойство, самообвинение), когнитивным (нарушение концентрации внимания, нерешительность) и физическим (потеря

аппетита, бессонница). С развитием депрессии АНМ становятся все более частыми, интенсивными и постепенно вытесняют способность мыслить рационально. Этот процесс подкрепляется постоянным углублением подавленного настроения. Чем больше человек чувствует себя подавленным, тем больше развивается депрессия. Каковы его мысли и чем больше человек верит в них, тем больше они углубляют его подавленное настроение. Когда депрессивные симптомы уже развились, следующими триггерами становятся мелкие ежедневные события, особенно незначительные неудачи или не трудные задачи. Больной уже заранее боится провала. Как правило, он откладывает решение задач, а потом себя за это упрекает.

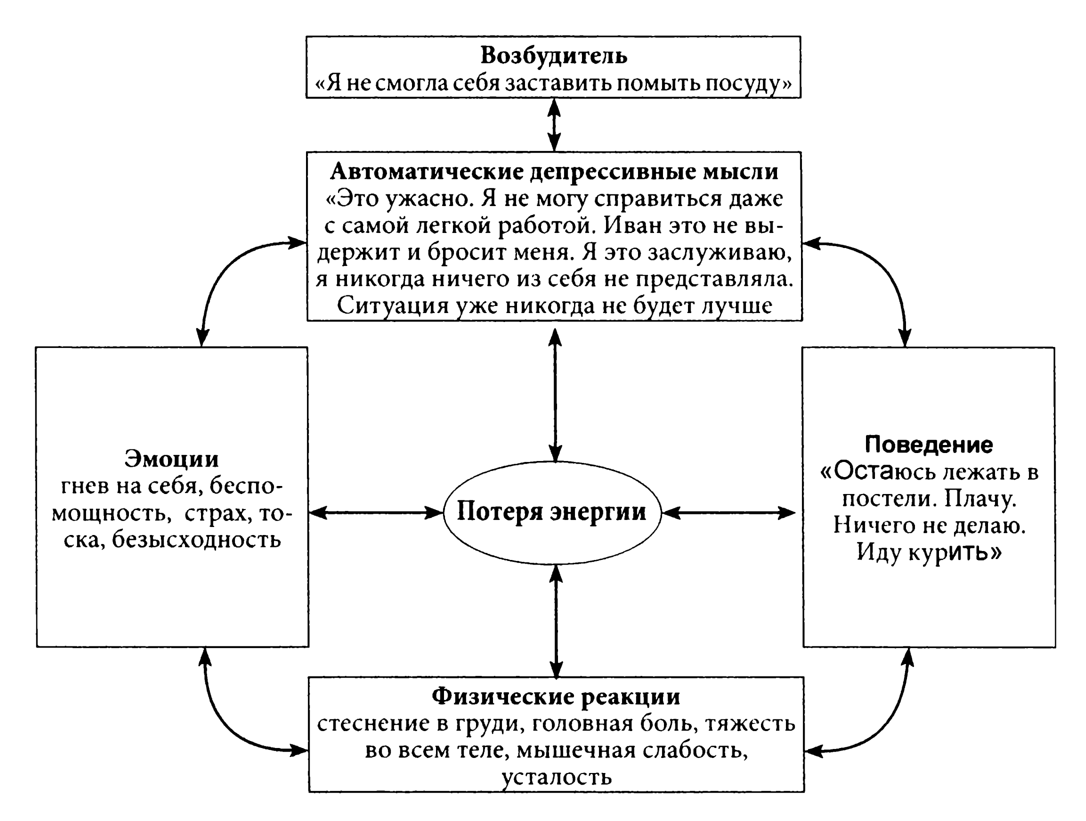


Рис. 8.6. Порочный круг депрессии

Человек, который впадает в депрессию, полностью погружается в АНМ и ни на чем другом не может сосредоточиться. Он предполагает, что ни с чем не сможет справиться, постепенно теряет самоуверенность, его депрессия углубляется. Депрессивное поведение обычно имеет серьезные межличностные последствия. Окружающие могут вести себя сочувственно, предлагать свою помощь (это, как правило, приводит к тому, что больной чувствует себя худшим из всех), но критически и отрицательно (что больной, как правило, рассматривает как нелюбовь). Практически любое поведение окружающих, будь то дружественное или отрицательное, но и нейтральное, может быть интерпретировано депрессивным поведением (аргументация посредством эмоции) и служить в качестве поддерживающего фактора депрессии. Наиболее важными поддерживающими факторами

депрессии бывают избегающее поведение (проявляется в желании отложить работу, в нерешительности, избегании приятных видов деятельности, в опасении принять неправильное решение), защитное поведение (заверение от других и передача им более сложных задач) и депрессивные неадекватные когниции (АНМ, когнитивные ошибки и активированные когнитивные схемы). Депрессия и ее лечение может привести к другим проблемам в жизни, например, кризису в отношениях, потере работы, сексуальной дисфункции.

Пример концептуализации депрессии:

Семейная предыспозиция
Мать отца периодически страдала от депрессии

↓

Ранний опыт

Сравнение с сестрой, которое было не в ее пользу.
Отец, который ее поддерживал, умер

↓

Дисфункциональные предположения
Как человек, я неполноценна.
Мое значение зависит от того, что обо мне думают другие.
Если я не удовлетворю потребности других людей, они меня отвергнут

Ключевое событие
Разрушение брака

↓

Негативные автоматические мысли
Это все моя вина. Я все разрушила,
Я не в состоянии управлять своей жизнью
Я навсегда останусь одна. Это ужасно

Я глупая

↓

Признаки

1. **бихевиоральные**: снижение уровня активности, социальная изоляция;
2. **мотивационные**: потеря интереса и удовольствия, везде нужно прилагать много усилий, нерешительность;
3. **аффективные**: грусть, тревога, чувство вины и стыда;
4. **когнитивные**: нарушение концентрации внимания, самокритика, погружение в депрессивные мысли, мысли о самоубийстве;
5. **соматические**: бессонница, отсутствие аппетита.

Жизненные проблемы:
практические: плохие жилищные условия, безработица;
интерперсональные: сложность создания близких и доверительных отношений;
интраперсональные: отсутствие уверенности в себе, зависимость.

В идеальном варианте, благодаря статусу больного, который депрессивному индивиду позволяет снизить требования к себе без потери самоуважения, и благодаря тому, что его близкие люди чрезмерно заботятся о нем, заверяют его в своей поддержке, при принятии антидепрессантов и, имея поддержку от своего врача, депрессивный настрой постепенно исчезает; человек выздоравливает. По той причине, что дисфункциональные когнитивные схемы сохраняются даже после прекращения депрессии, у пациента остается повышенная чувствительность к неудачам и отвержению со стороны других людей. Угроза следующего депрессивного эпизода остается. Активировать ее может и несильный стрессор, в отличие от того как это было в первом эпизоде. После нескольких эпизодов депрессии ее

рецидив может произойти и без видимых активирующих событий. Активирующим событием может быть банальное ежедневное событие, жизненная проблема.

Основные условные когнитивные схемы у людей, страдающих депрессией:

- Чтобы быть счастливым, я должен быть успешным во всем, с чем сталкиваюсь.
- Со всем я должен справиться на «отлично». Либо я все делаю на 100 %, либо терплю неудачу!
- Чтобы быть счастливым, я должен быть принят всеми людьми.
- Я никогда не должен выглядеть глупо!
- Если я совершу ошибку, это значит, что я ни на что не гожусь.
- Все меня должны любить.
- Я не могу жить без чьей-то любви.
- Если кто-то не согласен со мной, это значит, что он меня не любит.
- Мое значение зависит от того, что обо мне думают другие люди.
- Когда другие узнают, какой я есть на самом деле, они меня отвергнут.
- Я должен быть в жизни постоянно счастливым и находиться в спокойном состоянии.
- Переживать горе невыносимо.
- Жизнь должна быть справедливой.

5) Исследование эффективности КБТ депрессии

Эффективность доказана рядом контролируемых исследований (Praško a Šlepecký, 1995). В течение последних 25 лет было опубликовано 80 исследований когнитивной или когнитивно-бихевиоральной терапии депрессии (АПА, 2002). Эффективность КБТ в лечении депрессии легкой и средней степени тяжести подтверждают контролируемые исследования (Beck и др., 1985; Blackburn и др., 1986; Hollon и др., 1992№; Elkin и др., 1989; Evans и др., 1992). Среднее изменение психопатологии в исследованиях КБТ составляет 66% (Williams и др., 1997). В большинстве исследований изменение сохраняется в следующих 12-месячных катамнезах. Результаты мета-анализа, однако, не однозначны. Некоторые данные показывают, что КБТ имеет более высокую степень эффективности (effect size), чем фармакотерапия (Gloaguen и др., 1998; Dobson 1989; Gaffan и др. 1995; Blackburn and Moore, 1997; Hollon и др., 1992; Jarrett a Rush, 1994), в то время как наиболее точным способом проведенное многоцентровое исследование депрессии показало NIMH «Treatment of Depression Collaborative Research Program» (Elkin и др., 1989), что когнитивная терапия, интерперсональная психотерапия и лечение имипрамином не отличается при лечении депрессии легкой или средней тяжести, однако при лечении тяжелой депрессии более действенным оказался имипрамин. Новый современный мета-анализ исследований, сравнивающих прием лекарств с КБТ в случае тяжелой депрессии (HAMD выше, чем 20), показал сравнимую эффективность (DeRubeis и соавт., 1999). Кажется, что когнитивная терапия (Evans и др., 1992) и КБТ (Praško и др., 1996 Praško и др., 2003) в острой фазе лечения снижают частоту рецидивов депрессивного расстройства в течение следующих 2 лет по сравнению с пациентами, получавшими только фармакотерапевтическое лечение. В противоположном случае при интерперсональной психотерапии этот профилактический эффект не был доказан (Frank и др., 1990). Как происходит в психодинамической терапии, нам до сих пор неизвестно. Так как при включении в процесс

лечения пациентов, чей диагноз не соответствует критериям депрессивного расстройства, вариабельный протокол динамической психотерапии затрудняет оценить ее эффективность (Американская психиатрическая ассоциация, 2000).

Психотерапия может быть полезна при дополнительном профилактическом лечении (Kasper и Zohar, 2002). Эффективность психотерапии в данном случае не может считаться доказанной. Представлены положительные результаты как монотерапии, так и комбинации с антидепрессантами (Fava и др., 1998), а также отрицательные результаты (Kupfer и др., 1993). Контролируемые исследования показали, что психотерапия была при поддерживающей терапии менее эффективной, чем фармакотерапия (Klerman и др., 1974; Frank и др., 1990; Agosti и Ocepek-Welikson, 1997; Appleby и др., 1997). В комбинации с антидепрессантами она, однако, более эффективна, чем сами антидепрессанты (Fava и др., 1998; Praško и др., 1996; Blackburn и Moore, 1997; Reynolds и др., 1999).

8.1.1.3. Терапевтические подходы при депрессивных расстройствах

Депрессию можно лечить с помощью антидепрессантов, психо-фототерапии или электросудорожной терапии. Антидепрессанты показаны почти при всех основных видах депрессивного расстройства. Фототерапия (лечение ярким светом) применяется для сезонного аффективного расстройства (зимняя депрессия). Электроконвульсивная терапия обычно применяется при тяжелых формах депрессии и в резистентных случаях. При легкой степени депрессии может помочь психотерапия. При депрессии средней тяжести, однако необходим прием лекарств. Оптимальной является комбинации антидепрессантов и психотерапии.

Антидепрессанты — это лекарства, эффективность которых при лечении депрессивных состояний однозначно установлена и при приеме которых нет риска зависимости при их длительном использовании. Антидепрессанты очень эффективны при депрессивных и тревожных состояниях, а также при хронической боли, синдроме усталости, оказывают положительное влияние на 50—75% пациентов, однако полной ремиссии достигают 40—50 % пациентов. Эффект антидепрессантов не является мгновенным, но, как правило, появляется через 3—6 недель от начала их приема. В случае если эффект от лечения не наступит даже после 4—6 недель приема, необходимо заменить принимаемые антидепрессанты другими. При фармакорезистентных формах (как и при некоторых других формах. — *Прим. ред.*) лечение с помощью антидепрессантов можно дополнить приемом трийодтиронина, лития, нейролептиков (Bareš и Praško, 2004). При хорошем эффекте очень важно не прерывать лечение антидепрессантами. Они приводят в порядок активность нейромедиаторов серотонина, норадреналина и дофамина. В настоящее время доступны различные антидепрессанты. Их терапевтическая эффективность похожа, различия могут проявляться при частоте и интенсивности побочных эффектов. Подходящие антидепрессанты должен назначать врач после консультации с пациентом, взвесив соотношение выгоды лечения против возможных рисков. При выборе конкретного антидепрессанта решающим фактором является эффективность, время начала эффекта, наличие и тип нежелательных эффектов, дозирование (приоритет отдается препаратам, которые необходимо принимать один раз в день), предыдущий опыт приема лекарств, возраст

и здоровье пациента; также важна цена и необходимость доплачивать за лекарство (Bareš a Praško, 2004).

Трициклические и тетрациклические антидепрессанты известны с 60-х гг. и очень эффективны. Тем не менее они обладают неприятными побочными эффектами (сухость слизистой, запор, проблемы с мочеиспусканием, учащенное сердцебиение, сонливость, низкое кровяное давление и головокружение). Они предназначены для лечения тяжелых или резистентных форм депрессии. К ним относятся имипрамин, амитриптилин, досулепин, кломипрамин, мапротилин, дибензепин.

Необратимые ИМАО (необратимые ингибиторы моноаминоксидазы). Это очень эффективные антидепрессанты. Они могут помочь в ситуациях, когда другие неэффективны. Они эффективны для депрессивных больных с атипичными симптомами (панической атакой, чрезмерным аппетитом, социальной фобией, навязчивыми мыслями). При их приеме необходимо соблюдать строгую диету: избегать всех продуктов, которые содержат тирамин (сыры, бананы, красное вино, куриная печень). Они также противопоказаны в комбинации с препаратами других фармакологических групп (другие антидепрессанты, кардиологические, неврологические). При несоблюдении этих противопоказаний возникает риск резкого повышения кровяного давления.

Обратимые ИМАО (обратимые ингибиторы моноаминоксидазы) представляют группу лекарственных средств с механизмом действия, подобным ИМАО, но без необходимости соблюдать диету. Это антидепрессанты средней эффективности, которые подходят для пациентов с атипичными симптомами, особенно для людей, страдающих социальной фобией или приступами паники. Его главным преимуществом является минимальное количество побочных эффектов. К эту группу включен один из немногих вариантов, который улучшает сексуальную функцию.

СИОЗС (ингибиторы обратного захвата серотонина) широко используются в настоящее время. Они увеличивают доступность серотонина в синапсах мозга, эффективны для всех форм депрессии, а также и при лечении тревожных расстройств. Побочные эффекты встречаются редко, а если и возникают, то связаны с пищеварительным трактом. Особенно в начале лечения может возникнуть тошнота, сопровождаемая слабой диареей. Как правило, достаточно уменьшить дозу, а затем медленно ее увеличивать. Во время длительного лечения могут возникнуть трудности в сексуальных отношениях, особенно снижение либидо. К этой группе относятся циталопрам, сертралин, пароксетин, флуоксетин, флувоксамин и новый препарат эсциталопрам.

Тианептин (Коаксил). Это антистрессовое вещество, которое связано с эмоциональной памятью (гиппокамп), исправляет последствия длительного стресса. Тианептин так же эффективен, как и предыдущие группы антидепрессантов, имеет мало побочных эффектов (иногда повышение энергии в начале приема). (С 2012 г. исключен из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов Согласно Распоряжению Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2011 г. № 2199-р.)

Новые антидепрессанты с различными механизмами действия действуют на 1—2 нейромедиатора и повышают доступность этих медиаторов в мозге с минимальными побочными эффектами. Представители новейших антидепрессантов: венлафаксин, милнаципран, миртазапин, тразодон и ребоксетин.

Эффективность АД различных групп и поколений считается сопоставимой и составляет 50—75 % с точки зрения достижения реакции (Американская психиатрическая ассоциация, 2000).

Таблица 8.4. Обзор антидепрессантов (Bareš a Praško, 2004)

генерическое название	**обычная терапевтическая доза (мг / день)**
Тимолептики / трициклические, тетрациклические:	
Амитриптилин	75 — 200
Нортриптилин	75 — 150
Кломипрамин	75 — 225
Дезипрамин	75 — 200
Дибензепин	240 — 720
Досулепин	100 — 300
Имипрамин	75 — 250
Мапротилин	75 — 150
Миансерин	30 — 120
СИОЗС (ингибиторы обратного захвата серотонина):	
Циталопрам	20 — 60
Флуоксетин	20 — 80
Флувоксамин	100 — 300
Пароксетин	20 — 60
Сертралин	50 — 200
Эсциталопрам	10 — 30
АСИОЗС — антагонисты серотонина и ингибиторы обратного захвата серотонина:	
Тразодон	150 — 600
СИОЗСН — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина:	
Венлафаксин	75 — 375
Милнаципран	75 — 200
НаССА — норадренергическая и специфические серотонинергические антидепрессанты:	
Миртазапин	30 — 45
ИОЗС — ингибиторы обратного захвата серотонина:	
Ребоксетин	4 — 12
СИОЗНД — селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и дофамина:	
Бупропион	15 — 300
ИМАО — необратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А:	
Транилципромин	10 — 40
ИМАО — обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А:	
Моклобемид	300 — 600
Остальные:	

Тианептин Экстракт из зверобоя	37,5 1200 — 1800
Составлено в соответствии с Höschl, 2002	

Антидепрессанты важно принимать в достаточно большой дозе, и долго. Одной из ошибок, которая может привести к созданию фармакорезистентности, является прием определенного антидепрессанта только 1—2 недели, а затем в случае его неэффективности перейти на другой препарат. Важно принимать лекарства в течение длительного времени, хотя поначалу пациенту может показаться, что побочные эффекты (слабость, сухость во рту, запор, помутнение зрения, головокружение при резком изменении положения) более выражены, чем польза, которую они приносят. Пациент привыкает к побочным эффектам, как правило, в течение 1—2 недель.

Очень важно не прекращать прием антидепрессантов, потому что это увеличивает риск быстрого рецидива симптомов депрессии. Прием лекарств следует продолжать по крайней мере 6—9 мес. после облегчения симптомов. Если речь идет о повторной депрессии, то при биполярном расстройстве целесообразно продолжать прием антидепрессантов в профилактических дозах в течение 2 лет, при 3 или более эпизодах — 5 лет, при тяжелых повторяющихся депрессиях — всю жизнь.

Для многих людей подходит электросудорожная терапия (ЭСТ). Она полезна для больных, не реагирующих на другие виды лечения и имеющих риск совершения самоубийства. ЭСТ — это самый быстрый и надежный метод лечения тяжелой депрессии. До настоящего времени эффективность этого метода не смог превзойти никакой другой.

Для людей, страдающих сезонным расстройством настроения, наиболее подходящим лечением является применение интенсивного света (фототерапия). Яркий белый свет интенсивностью 2500—10 000 нм применяется ежедневно в утренние часы в течение 2—3 недель (Praško 1990, 1997, 2004).

Психотерапия — это основной терапевтический подход для пациентов, страдающих депрессией легкой или средней тяжести, чья клиническая картина характеризуется психосоциальными стрессами, интрапсихическими конфликтами, межличностными трудностями или сопутствующими расстройствами личности (Американская психиатрическая ассоциация, 2000). Приоритет должны иметь виды терапии, которые ограничены по времени, целью которых является смягчение симптомов и которые доказали свою эффективность в акутном лечении. Проверка эффективности различных психотерапевтических подходов часто осложняется недостаточным количеством проведенных исследований, негомогенностью лечения населения, отсутствием четко определенного протокола лечения. Среди направлений с относительно хорошо доказанной эффективностью находится когнитивно-бихевиоральная психотерапия (Praško и Šlepecký, 1995), бихевиоральная, интерперсональная психотерапия (Gloaguen и др.,1998; Hodgkinson и др., 1999). Это краткосрочные систематические процедуры, где лечение обычно длится 12—16 недель.

1. Интерперсональная психотерапия (ИПТ)

ИПТ предназначена для амбулаторных пациентов, страдающих униполярной депрессией. Ее эффективность была подтверждена контролируемыми исследованиями (Elkin и др., 1989; Hollon и др., 1992; Thase и др., 1997). Подобно другим подходам, предназначенным для лечения депрессии, ИПТ начинается с объяснения пациенту природы депрессии (депрессия рассматривается как болезнь) и связи между депрессивным расстройством и межличностными отношениями. ИПТ направлена на одну из четырех основных актуальных интерперсональных проблемных областей: интерперсональную утрату или печаль, смену ролей, интерперсональные конфликты, социальные дефициты.

Во время лечения терапевт подробно обсуждает с пациентом проблемную область. Пациент обучается дифференцированному пониманию своих межличностных проблем, а затем способам их решения, которые включают как изменение отношения к себе и другим, так и обучение эффективным методам коммуникации, управлению стрессом, планированию времени. Как в КБТ, пациент получает домашние задания, которые выполняет между терапевтическими сеансами. ИПТ оказалась одинаково эффективной (как и имипрамин) при лечении депрессии легкой и средней тяжести. Особенно она эффективна при первых эпизодах (Elkin и др., 1989). Ее профилактический эффект при рекуррентной депрессии, однако, не достаточен и незначительно отличается от плацебо (Kupfer и др., 1992).

2. Краткосрочная динамичная психотерапия

Этот подход стремится связать актуальные проблемы с развитием в детстве, поскольку они рассматриваются как проявление раннего разрушения связей с близкими людьми. Несмотря на то что она не занимается непосредственно диагностированием депрессии, казуистические случаи и контролируемые исследования показывают, что она может помочь пациентам с легкой и умеренной стадией депрессии (Gruenberg и Goldstein, 2003).

3. Супружеская и семейная терапия

Трудно узнать, насколько успешна супружеская и семейная терапия в лечении депрессии, потому что нет исследований, которые это могли бы продемонстрировать. Тем не менее в связи с тем, что депрессивный эпизод часто ассоциируется с проблемами и конфликтами партнеров, которые в свою очередь вызывают рецидив депрессии, проведение супружеской и семейной терапии рекомендуется во время долечивания пациента. Единственное исследование (O'Leary a Beach, 1990) показывает, что бихевиорально ориентированная супружеская терапия привела к облегчению симптомов депрессии.

8.1.1.4. КБТ депрессивного расстройства

КБТ депрессии является активным, директивным, ограниченным во времени методом, основанном на теоретическом предположении, что эмоциональность и поведение индивида в значительной степени определяется тем, насколько он структурирует мир вокруг себя (Beck и др., 1979).

В психотерапии существует множество различных стратегий, которые могут помочь пациенту, страдающему депрессией. Не целесообразно использовать несколько методов одновременно. Обычно мы используем 3 метода, один из кото-

рых основной, а два других вспомогательные. Использование нескольких стратегий одновременно возможно в исключительных случаях. Это может привести к тому, что пациент перестанет ориентироваться в лечении, ему будет непонятно, что он должен делать, он перестанет понимать процесс лечения. Поэтому можно переходить к следующему терапевтическому методу только тогда, когда пациент освоил предыдущий метод. Границы между отдельными методами в полной мере не определены. Как правило, выбор метода на каждом этапе терапии зависит от оценки, какая проблема в настоящее время наиболее актуальна и является целью для терапевтической интервенции. В принятии решения, какой метод выбрать для конкретного пациента, нам помогут следующие вопросы (Fennel, 1991):

Насколько глубока депрессия пациента? Считается, что чем глубже депрессия, тем меньше вероятность того, что пациент способен повседневной деятельности. Если это так, то желательно контролировать и планировать такую деятельность, потому что период, когда пациент не активен, становится плодородной почвой для депрессивного размышления. Однако если пациент полон самообвинительных автоматических мыслей и способен быть активным, мы будем уделять больше внимания оспаривать эти АНМ.

На какой фазе терапии пациент в данный момент находится? Уже в начале лечения терапевт должен учитывать сильные стороны и возможности пациента. Некоторые пациенты спонтанно используют лечебные стратегии. Многие из них могут использовать технику отвлечения от АНМ, начинают что-либо делать, стараются думать о чем-то приятном. Некоторые пациенты с депрессией также пытаются планировать повседневную деятельность. Важно определить эти собственные стратегии, обсудить их с пациентом и, возможно, изменить их таким образом, чтобы сделать более эффективными. В терапии желательно опираться на то, что пациент уже знает и умеет, выбирать стратегии, близкие к тем, которые он сам использует.

Что наиболее актуально для пациента? Необходимо уделять внимание проблемам, которые пациент считает серьезными и которые его в настоящее время тревожат. Мы должны учитывать вероятность благоприятного воздействия на эту проблему, а также текущее состояние пациента. Пациент может, например, самой главной проблемой считать то, что у него нет девушки, но из-за его текущей депрессии, а, следовательно, и поведения вероятно, что при попытке установить контакт он столкнется с еще одним разочарованием. Поэтому необходимо сосредоточиться на разрешимой проблеме. Если у терапевта и пациента разные мнения о том, какую проблему они должны в первую очередь решить, необходимо открыто обсудить все за и против каждого варианта, чтобы прийти к взаимному согласию. Как правило, в начале терапии предпочтительнее облегчить глубину депрессии с помощью бихевиоральных методов по изменению внешнего поведения и активизации пациента, а затем сосредоточиться на когнитивной работе с АНМ потом перейти к решении социальных проблем и отношений.

Какая проблема в данный момент наиболее доступна для изменения? Терапевт должен постоянно подкреплять у пациента чувство надежды и собственную способность. Поэтому в начале терапии, должна быть выбрана проблема, у которой больше шансов на успех или по крайней мере на небольшое положительное

изменение, которое пациент почувствует. Домашнее задание должно быть таким, чтобы при его выполнении пациент достиг успеха (пусть даже небольшого), который он сможет приписать самому себе. В этом случае он убедится, что терапия эффективна, что, приложив усилия, он справится с проблемой.

8.1.1.4.1. КБТ осмотр при депрессивном расстройстве

Диагностирование и определение тяжести депрессии, бихевиоральный и функциональный анализ происходят при первой встрече с пациентом. Поставить диагноз обычно нетрудно; для определения диагноза и сопутствующих заболеваний поможет структурированный разговор (Lecrubier и др., 1997

Когнитивно-бихевиоральный разговор (при депрессии):

Настроение

Как вы себя чувствовали на прошлой неделе? Как вы себя чувствовали утром после пробуждения? Когда в течение дня вы себя чувствовали лучше всего?

Когда в течение дня вы себя чувствовали хуже всего? Менялось ли ваше настроение изо дня в день? Вы себя чувствовали подавленным, было ли что-нибудь, что смогло хотя бы ненадолго поднять вам настроение? Если да, то когда вы чувствовали себя хорошо, что вам, наоборот, смогло испортить настроение? Считаете ли вы, что Ваше настроение не зависит от того, что происходит вокруг? Не могли бы вы описать свое настроение, когда вы чувствуете себя очень плохо. Как это происходит?

Деятельность и удовольствие

Как вы провели минувшие выходные? (Пусть пациент подробно опишет, чем он занимался в эти дни.) Это обычный способ проводить выходные? Если нет, то чем отличается? Чем бы вы предпочли заниматься больше (меньше)? Почему?

Для работающих людей:

Какова ваша профессия? Нравится ли она вам? Изменилось ли что-нибудь на работе в последнее время? почему? вы в состоянии справляться с таким же объемом работы, как и раньше? Чем вы занимаетесь после работы?

Для безработных:

Чем вы занимаетесь в течение дня? Чем вы занимались, например, вчера? Это был обычный день? Чем он отличался от других дней? Что вы обычно делаете вечером? Перестали ли вы в последнее время заниматься тем, чем занимались раньше, или ограничили эту деятельность? Какое удовольствие Вам доставляет то, чем вы занимаетесь? Чем Вам больше всего нравится заниматься? Как часто вы это делаете? Чувствуете ли вы себя в последнее время чрезмерно уставшим? Если да, то можете мне об этом рассказать более конкретно? Изменился ли ваш интерес к сексу?

Социальная деятельность

Как часто вы выходите в общество, встречаетесь с друзьями? Где вы с ними встречаетесь, чем вместе занимаетесь? Сколько времени вы проводите с семьей? Вас это устраивает? Какие люди для вас наиболее важные, с которыми вы делитесь своими проблемами и чувствами? С кем вы предпочитаете находиться рядом? Как часто вы с ним (ней) видитесь? вы себя комфортно чувствуете в компа-

ниях? Изменилось ли это в последнее время? Как часто вы находитесь один? Как вы себя чувствуете, когда вы в одиночестве?

Самооценка и другие когнитивные аспекты

Что могут сказать о вас другие люди? Как они вас могли бы описать? Как вы можете описать самого себя? Каковы ваши хорошие качества? Есть ли что-то, что вы хотите в себе изменить? Что именно? Вы когда-нибудь чувствовали, что вы в тягость другим людям? В чем именно? Вы когда-нибудь чувствуете себя виноватым? Чего именно касается это чувство? Каковы ваши планы на будущее?

Суицидальные тенденции

Вы когда-нибудь чувствовали себя так плохо, хотели умереть? Вы когда-нибудь думали о самоубийстве? Если да, то когда это было в последний раз? Было ли это и на прошлой неделе? Вы думали о том, каким способом покончить с собой? Что вам помешало это сделать? Вы когда-нибудь уже пытались покончить жизнь самоубийством? Если да, то когда это было? Что заставило вас это сделать?

Сон

Как вы спите в последнее время? У вас есть проблема уснуть? Как быстро вы засыпаете? Вы просыпаетесь в течение ночи?

В какое время вы просыпаетесь по утрам? Сколько часов вы ночью обычно спите? Как утром вы себя обычно чувствуете? Как долго после пробуждения вы остаетесь в постели, прежде чем встанете? Случалось когда-нибудь, чтобы вы не смогли встать? Как часто это происходит? Почему? Когда вы встаете, сразу одеваетесь или некоторое время остаетесь в пижаме? Вы ложитесь когда-нибудь в течение дня в постель? Как часто? Почему? Как долго вы лежите в постели?

Аппетит/вес

Какой у вас в последнее время аппетит? Он как-нибудь изменился? Вы прибавили или потеряли в весе за последние несколько недель?

Прошлое

Как долго вы чувствуете себя так же, как сейчас? Это продолжается длительное время или был период, когда вы чувствовали себя лучше или хуже?

Когда вы впервые осознали, что стали более подавленным? Исчезают ли иногда эти депрессивные чувства? На какой период — часы, дни, недели? Как вы себя чувствуете, когда ваша депрессия полностью исчезает? Как начинается Ваша депрессия — резко или постепенно возрастает? Возникает у вас депрессия с пустого места или ее вызывает конкретное событие? Какое именно? Как вы можете объяснить Вашу депрессию? Случилось ли в последнее время что-нибудь важное, о чем вы мне хотели бы рассказать? Был ли когда-нибудь такой период, когда вы чувствовали себя очень хорошо и были очень активны? Можете мне об этом рассказать более подробно?

Антецеденты (предшествующие факторы)

Существуют ли какие-либо события или ситуации, которые вызывают у вас чувство депрессии? Если да, то можете ли вы мне об этом рассказать более подробно? Когда в течение последней недели вы себя чувствовали хуже всего? Что тогда случилось? Когда в течение последней недели вы чувствовали себя лучше всего? Что тогда происходило?

Последствия депрессии

Как изменилась бы ваша жизнь, если бы у вас не было депрессии? Другие люди знают о вашей депрессии? Кто именно? Делитесь ли вы своими чувствами и мыслями с другими людьми? Как часто? Что вы им говорите? Как другие люди реагируют на вашу депрессию? О чем вы обычно говорите?

Жизненные события

Теперь мы подведем итог того, что вы пережили в течение этого года. Случились ли за это время в вашей жизни какие-нибудь важные события и изменения? Если, то можете мне об этом рассказать более конкретно? Что являлось причиной? Как вы реагировали / что вы делали / как вы с этим справились? Желательно обсудить проблемы на работе, в семье, болезни и смерть в семье или среди друзей.

Прошлое и настоящее лечение

Принимаете ли вы в настоящее время какие-либо лекарства? Какие именно? Сколько? Как долго? Принимали ли вы какие-либо лекарства от депрессии? Какие? Какой они имели эффект? Вы лечили депрессию другими способами? Как? Когда? Как долго? С каким результатом?

Основным материалом для изучения пациента являются автоматические мысли и представления. Получить данный материал от пациента можно следующими способами:

1. На сеансе пациент делится своими актуальными мыслями и представлениями.
2. Пациент сообщает о них и представлениях во время перечисление важных событий за прошедшую неделю.
3. Пациент сообщает о них и представлениях при описании домашнего задания.
4. Записывает их самостоятельно в период между сеансами в качестве домашнего задания. В их определении ему помогут примеры, указанные в пособии, и обучение на сеансе.
5. Мгновенное воспроизведение. Пациент, который вдруг почувствует себя подавленным, но не может вспомнить автоматическую мысль, должен как можно более подробно воспроизвести то, что с ним на данный момент происходит и какие мысли у него возникли.
6. Представление более далеких воспоминаний. Пациент должен в своих мыслях как можно более ярко и подробно представить конкретную ситуацию, постепенно ее воспроизводить и одновременно вспоминать, о чем он в тот момент думал.
7. Когнитивное обучение. Когда пациент не в состоянии вспомнить свои мысли в определенной ситуации, мы можем попробовать разыграть эту ситуацию в виде сценки.

Определение важности конкретного события. Можно спросить: «Что для вас значило произошедшее событие? Как вы себя оцениваете? Что в этом самое худшее?»

Для начала необходимо научить пациента распознавать свои автоматические мысли и записывать их. Во время сеанса, мы обращаем внимание пациента на АНМ в тот момент, когда мы его спрашиваем, что он думает о себе, о терапевте и

в целом о терапии. Пациенту необходимо объяснить характер АНМ. Они автоматические, убедительные, повторяющиеся и искажающие действительность.

Если пациент приведет явно искаженные или преувеличенные мысли или представления, их можно немедленно сразу сопоставить с действительностью с помощью вопросов: «Что вас привело к такому убеждению? Какие факты свидетельствуют в пользу этой мысли? Какие факты свидетельствуют против этой мысли?».

Но даже если наблюдения пациента не соответствуют действительности, можно пересмотреть реальное значение этих событий для пациента. «Что это значит для вас»? (например, «Что для вас значит обоснованный упрек босса в совершенной ошибке?») В этом случае можно узнать о необоснованном изложении пациентом реальных событий («Я худший работник, меня скоро уволят»).

Кроме конкретных АНМ возможно проверить мнение пациента на трех более абстрактных уровнях:

1) Общая оценка конкретной ситуации (Терапевт: «Что для вас значила ситуация, когда вы вчера опоздали на работу?» Пациент: «То, что я неспособный, безответственный, в скором времени меня уволят!»).
2) Обобщение определенных направлений мысли:
   а) повторные темы: «ожидание, что потерплю неудачу», «чувство, что другие люди меня отвергают»;
   б) повторные логические ошибки в мышлении: «черно-белое» мышление, необоснованные выводы, чрезмерное обобщение, персонализация; в) повторная искаженная оценка ситуации, например, замена мыслей и предположений фактами.
3) Общие взгляды и убеждения пациента, так называемые схемы (например, «У меня никогда ничего не получится! Если я что-то сделаю неидеально, то не имело смысла это начинать!»).

8.1.1.4.2. Оценка и измерение при депрессивном расстройстве

При оценке клинического состояния можно использовать некоторые клинические шкалы (например, HAMD, MADRS) в сочетании со шкалой самооценки (например, шкала депрессии Бека, шкала депрессии Зунга). Результаты клинической оценки и субъективной шкалы могут дать разные выводы о состоянии пациента. Кроме оценки психопатологии целесообразно дать общую оценку адаптации. Простым инструментом для этого является 10-балльная шкала тревоги Шихана, по терапевт выясняет степень неспособности пациента к трудовой, семейной и общественной жизни.

Составной частью оценки пациента являются антецеденты (предшествующие факторы) депрессии, типичные триггеры ухудшения настроения, компоненты порочного круга депрессии, более глубокие когнитивные нарушения (малоадаптивные убеждения и основные схемы), непосредственные и долгосрочные последствия депрессии, модифицирующие факторы, интерперсональное поведение (по отношению к окружающим людям и поведение окружающих по отношению к пациенту). Очень важна оценка суицидального риска. Подходы бихевиорального и когнитивного, а также функционального анализа подобны, действиям при других психических расстройствах.

Бихевиоральные факторы

Для пациентов, страдающих депрессией, характерен либо недостаток, либо чрезмерная выраженность некоторых форм поведения и поведенческих навыков. Выраженность некоторых форм поведения при депрессии представлены в табл.8.5.

Таблица 8.5. Типичные избыточные и недостаточные формы поведения и поведенческих навыки, а также прекурсоры депрессии (в соотв. с Leahy a Holland, 2000)

Недостаточно развитые формы поведения	Чрезмерно развитые формы поведения	Прекурсоры депрессии
Социальные навыки	Плач	Супружеский или семейный конфликт
Ассертивность	Негативное или карательное отношение к другим людям	Упреки в семье, игра в карты в «Черного Петра»
Самоподдержка	Самокритика	Прекращение отношений
Получение награды от других	Получение наказаний от других	Ежедневные ссоры
Недостаток сна	Избегание неприятной деятельности	Негативные жизненные события
Способность решать проблемы	Колебание, откладывание деятельности	Проблемы на работе или ее потеря
Приятная деятельность	Самонаказание и размышление над своими недостатками	Повышенная эмоциональная экспрессивность в семье
Самоконтроль и самоуправление	Попытки-ошибки	Отсутствие семейного порядка
Способность поддерживать других		

Когнитивные факторы

Таблица 8.6. Типичные когнитивные искажения при депрессии

АНМ	Навешивание ярлыка. «Я полный идиот!» Черно-белое мышление: «Я не сдал экзамен — это полная неудача». Персонализация: «Я виновник всего этого, это из-за моего поведения!» Предсказание будущего: «Мне никогда уже не будет лучше!»
Малоадаптивные убеждения	«Если у меня что-то не получилось, это значит, что я потерпел неудачу! У меня сейчас депрессивное состояние. Это значит, что у меня всегда будет такое состояние! Моя значимость зависит от того, что другие думают обо мне!»
Негативные схемы	«Я недостоин любви! Другие предъявляют ко мне завышенные требования! Люди не любят слабаков!»

Основной частью оценки состояния пациента является подробное рассмотрение предыдущего опыта лечения, включающий подробный лекарственный анамнез и анамнез нежелательных эффектов лечения.

8.1.1.4.3. Проблемы и цели, план лечения депрессивного расстройства

КБТ можно рассматривать как один из способов решения трудных задач. Пациента беспокоит множество проблем, депрессия является одной из них. Депрессивное мышление мешает ему справляться с трудностями. Победа над депрессивными мыслями, эмоциями и поведением — это лишь средство, а не цель терапии. Надо решить проблемы пациента с помощью когнитивных и бихевиоральных методов, а не только научить пациента думать рационально или увеличить долю приятной деятельности. Непосредственная цель заключается в уменьшении симптомов, долгосрочная — в попытке научить пациента использовать эти методы в повседневной жизни, чтобы предотвратить или хотя бы уменьшить риск проявления депрессии.

На первом этапе лечения надо изменить поведение пациента, на втором — способы мышления. Для каждого пациента, страдающего депрессией, необходим индивидуальный план лечения. Это своего рода научный минипроект, в котором мы создаем гипотезы о предшествующих факторах и последствиях депрессии у конкретного индивида, а затем ищем способы мышления (изложение и оценка фактов) и поведения, которые приведут к облегчению депрессии. Если результат не согласуется с начальными ожиданиями, надо искать другие способы. После идентификации проблемного поведения конкретизируем цель, например, «Я хочу перестать откладывать уборку квартиры на потом. Я хочу реже ссориться с мужем из-за воспитания детей. Я хочу чаще встречаться со своими друзьями Ярдой и Еленой». Следующий шаг — наблюдение и запись основных данных, касающихся этой проблемы. Пациент собирает их в течение недели. На их основе мы определяем их начальный уровень, сколько раз контролируемое поведение происходило в течение периода наблюдения. Пациент должен обращать внимание на антецеденты (что происходило перед наблюдаемым поведением) и их последствия. С помощью систематического самонаблюдения пациент может связать факторы и их последствия, которые раньше рассматривал как несущественные и не замечал их. Далее терапевт с пациентом должны составить недельную программу деятельности и поощрения за достижение определенных целей. Эта программа должна быть реалистичной, структурированной и приспособленной к определенным видам деятельности. Так пациент реализует план изменения поведения, получая от терапевта постоянную обратную связь. Далее следует оценка эффективности предложенного метода. Если пациент удовлетворен можно закончить планирование деятельности. Если проблемное поведение появится заново, пациент следует выбранному плану. В большинстве исследований пациентам было предложено 20 часовых сеансов течение 3—4 недель. На практике, однако, количество сеансов было очень разным. Пациентам, которые успешно справлялись со своими проблемами, прежде чем они попали в состояние депрессии, становилось лучше уже после 5—6 образовательных занятий. Тем, чьи трудности не проходили на протяжении длительного времени, потребовалось больше20 сеансов. Частота сеанса устанавливалась по необходимости. Встреча один раз в неделю была достаточна для пациентов со слабо выраженной депрессией. В случае госпитализированного пациента с тяжелой формой депрессии, с нарушением внимания и низким уровнем активности наилучший результат достигался при коротком (20-минутном) ежедневном сеансе. Однако независимо от количества и частоты сеансов пациен-

ту, с самого начала, должно быть понятно, что он должен самостоятельно осваивать навыки самопомощи, что терапевт будет рядом не всегда.

8.1.1.4.4. Проведение первичного (ориентировочного) осмотра при депрессивном расстройстве

На первом сеансе врачу очень важно произвести на пациента хорошее впечатление, которое станет основой терапевтических отношений. Оно касается как всей ситуации (у врача достаточно времени для пациента, телефон выключен, обстановка спокойная и приятная, пациент не ждет в приемной начала сеанса, оба сидим в удобной позе, на одинаковом уровне, лицом друг к другу), так и нашего поведения (с первого момента мы проявляем по отношению к пациенту уважение и заинтересованность, ведем себя спокойно, не торопясь выслушиваем, задаем открытые вопросы, помогаем структурировать, иногда делаем заметки). Первоначально надежда пациента на излечение поддерживается его доверием к нам в роли терапевта. Чувство доверия он ощущает как от хорошего впечатления, так и от нашего профессионального подхода соединять отдельные области в единое целое. Поэтому важно объяснить пациенту модель депрессии на основании его симптомов. Следующим действием, повышающим доверие к нам и к процессу лечения, является объяснение, как оно будет проходить. Кроме этого помогает интервенция, позволяющая повысить уверенность пациента. Она может быть стимулирована серией небольших интервенций уже на первом сеансе. Мы должны похвалить способ, с помощью которого пациент предоставил нам информацию для описания целостной модели заболевания. Мы закрепляем каждую мелочь, которую пациент понял. Простым объяснением депрессии мы облегчим состояние пациента посредством того, что у него создается впечатление большего контроля над его расстройством. Если бы мы могли этот процесс свести к одной фразе больного, она звучала бы так: «Мой терапевт хорошо понимает, что со мной происходит, и знает, что можно сделать. Теперь я знаю, как это можно преодолеть».

Первичный осмотр

1. **Введение.** Поприветствуйте пациента и представьтесь ему. Объясните цель разговора и укажите, сколько времени у вас в наличии.
2. **Описание проблем и симптомов.** Попросите пациента описать его проблему. Сконцентрируйте внимание на клинических проявлениях, которые связаны с проблемой (что пациент делает или не делает, какие у него мысли и представления, физиологические ощущения, частота и время проявления, ограничения, начало, продолжительность, колебания, модифицирующие факторы). При исследовании проблемных зон на первом сеансе очень важно различать поведение, мышление, эмоциональность и физические реакции. Задайте пациенту следующие вопросы: Как изменится жизнь пациента, если проблема будет решена? Приводят ли симптомы к тому, что он что-то делает либо не делает? Каковы последствия — краткосрочные, долгосрочные? Испытывает он чувство безнадежности и возникают мысли о самоубийстве?

   При работе с пациентами, страдающими депрессией, важно обсудить суицидальные наклонности. Как только пациент их признает, необходимо оценить, насколько они серьезны его обдумывал ли он то, как и когда он совершит самоубийство, что ему в этом препятствует. Когда мы выявим у пациента

сильное чувство безнадежности, то на них мы в первую очередь должны направить нашу терапевтическую интервенцию. Некоторые терапевты считают, что они не должны говорить с пациентом о самоубийстве, чтобы не внушить ему эту мысль. Самоубийство, как правило, является реакцией на убеждение, что ситуация невыносима и что нет другого способа, чтобы ее изменить. В ходе обсуждения надо искать варианты решения или убедить пациента отложить это намерение, чтобы доказать, насколько лечение эффективно.

3. **Совместно разработанный список проблем**. Существующие трудности, необходимо разделить на два типа: симптомы расстройства и жизненные проблемы. Список проблем наводит некоторый порядок в хаосе, выявляет определенное количество относительно конкретных проблем. Этот процесс уменьшения проблем стимулирует надежду, потому что показывает, что с ними можно справиться.
4. **Установление отдельных целей терапии.** Цели, вытекающие из различных областей проблемы, мы устанавливаем на первом сеансе. В этом нам помогут следующие вопросы: «Что бы вы хотели изменить в этой области? Предположим, что терапия начнет действовать. Что тогда в этой области изменится?» Цели могут меняться во время лечения. Некоторые перестают казаться важными, другие должны быть изменены. Для терапевта и пациента важно определить задачи уже в начале лечения. Чтобы исправить нереалистичные ожидания пациента и создать некий измеритель, с помощью которого можно оценивать прогресс.
5. **Информация о депрессии, смысле и методе терапии.** Мы объясним пациенту, как будет проходить лечение, в том числе механизм действия лекарственных препаратов, период времени, когда их действие еще не наступает. Указывая на его трудности, мы объясним, что такое депрессия и ее модель (смысл и практика) КБТ.

   Пациента необходимо информировать о количестве сеансов, длительности терапии и продолжительности каждого сеанса; объяснить ему смысл домашних заданий; договориться о том, как связаться с терапевтом в случае необходимости. Важно изложить пациенту основные принципы терапии. Так как депрессия рассматривается как следствие порочного круга негативного мышления и измененного настроения, пациент должен научиться обнаружить и проверить АНМ и найти более реалистичные, имеющие альтернативное объяснение. Пациенту не надо понимать всю сложность когнитивной модели, а также без критики верит в то, что терапия ему поможет. Речь идет о понимании того, что эти основные симптомы заболевания соответствуют опыту, которым обладает пациент, что он готов начать лечение. Определить, есть ли у пациента какие-либо сомнения и неопределенности, особенно важно тогда, когда предыдущая терапия пациента была неэффективной. Может помочь открытый призыв к выражению скепсиса, например, «Я знаю, что вы уже пытались решить свои проблемы и вам это не удалось. Поэтому я предполагаю, что вы скорее сомневаетесь в том, что эта терапия вам в чем-нибудь поможет. Если у вас есть такие сомнения, я буду рад, если вы о них расскажете, и мы сможем их открыто обсудить». Если пациент открыто выразит свои

сомнения, можно признать, что его мнение имеет право на существование («Я очень рад, что вы это сказали»), и согласиться с тем, что лучший способ проверить эффективность КБТ — попробовать ее.

6. **Начало терапии — совместная разработка небольшой задачи.** На основании некоторых событий, которые мы узнали при описании проблемы, опишем депрессивный порочный круг пациента. Тогда он сможет понять суть КБТ.
7. **Домашнее задание.** Оно должно быть простым, например, разработать шкалу настроения (-4 — +4), шкалу деятельности, график настроения, или наблюдения за частыми АНМ. Задание должно быть простым, чтобы пациент смог с ним справиться. Иногда целесообразно записать первый сеанс на кассету, которую пациент заберет с собой, а также иметь учебник для пациента, который он сможет изучать параллельно с терапией. На следующий сеанс пациент принесет дополнительную информацию о своем поведении, мыслях, эмоциях и вегетативных реакциях в момент депрессии.
8. **Договоренность о следующем сеансе.** В конце сеанса необходимо договориться о времени следующего сеанса. Если мы лечим пациента, страдающего средней или сильной депрессией, следует обсудить связь в периоды между сеансами. Это — необходимо пациенту при появлении у него мысли о самоубийстве.

8.1.1.4.5. Терапевтические интервенции в рамках КБТ депрессивного расстройства

При депрессии мы конкретизируем следующие методы: психообразование, постепенное увеличение активности, разработка самоукрепляющих моделей (самовознаграждение), отвлечение внимания от АНМ, когнитивная реструктуризация, аккомодация дисфункциональных когнитивных схем, решение проблем, завершение терапии, программа профилактики рецидивов депрессии, основанная на практике осознанности.

Психообразование

Объяснение общих и конкретных принципов терапии. Необходимо, чтобы пациент понял и принял принципы терапии и индивидуальных терапевтических методов. Терапевт объясняет ее теоретические основы, знакомит с когнитивно-бихевиоральной моделью возникновения и поддержания депрессии и с основными терапевтическими методами, подчеркивает, что терапия будет успешной только при сотрудничестве терапевта и пациента, что только пациент может рассказать о своих мыслях и поведении. Уместно, когда пациент получает информацию о КБТ в письменной форме.

Изучение прошлого, симптомов и текущего состояния. Речь идет об очень важной части терапии. На основе изучения истории жизни терапевт пытается спрогнозировать под влиянием каких событий сформировались нынешние взгляды и позиции пациента. При этом врач должен фиксировать стрессовые события и способ, посредством которого пациент на них реагировал. Акцентируются конкретные проблемы пациента, а не его симптомы.

Психообразование происходит на протяжении всего курса лечения. Важно, чтобы больной понимал смысл различных терапевтических методов. Поэтому необходимо ознакомить пациента с когнитивно-бихевиоральной моделью депрессии и объяснить ему взаимосвязь между отдельными симптомами. Дидактические аспекты включают изложение о характере когнитивной триады и ошибочной

логике вместе с объяснением взаимосвязи между депрессией и мышлением, эмоциями и поведением. Пациенту нужно объяснить термин «автоматические негативные мысли», понятия «логические ошибки в мышлении» и «дисфункциональные когнитивные схемы». Важно, чтобы пациент знал о том, что отрицательная самооценка («Как человек, я ничего не стою»), негативная оценка внешних обстоятельств («Люди плохие, им нельзя доверять») и негативные ожидания от будущего («Я никогда не буду чувствовать себя лучше. Мою ситуацию невозможно улучшить») — это проявления депрессии. При объяснении целесообразно основываться на конкретной, полученной от пациента информации. Тогда он обретет уверенность в том, что терапевт его понимает и поможет ему.

Когда классифицированы симптомы и проблемы, можно переходить к объяснению модели депрессии. (Рис.8.7).

«Из того, о чем мы говорили, очевидно, что вы страдаете от депрессии. Для этой болезни характерно, что человек занят очень неприятными мыслями. Вы упомянули, что часто говорите себе...» (Терапевт записывает эти мысли в следующий квадрат.)

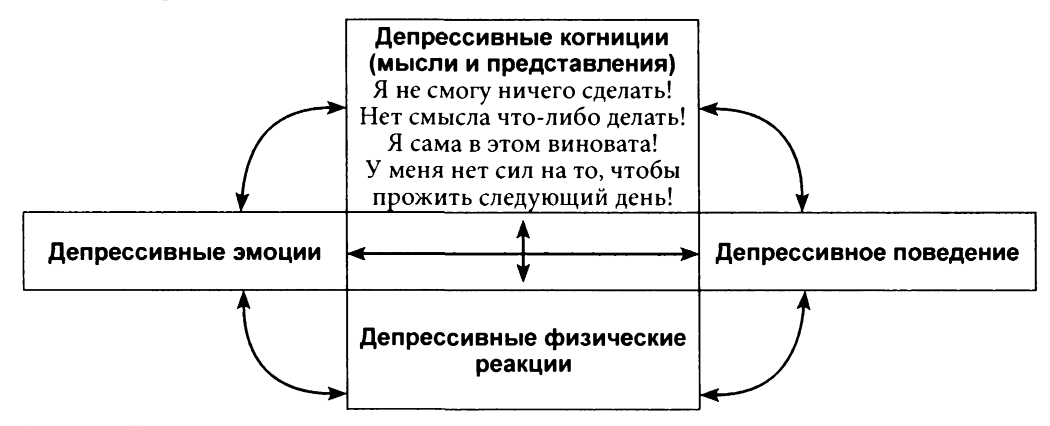
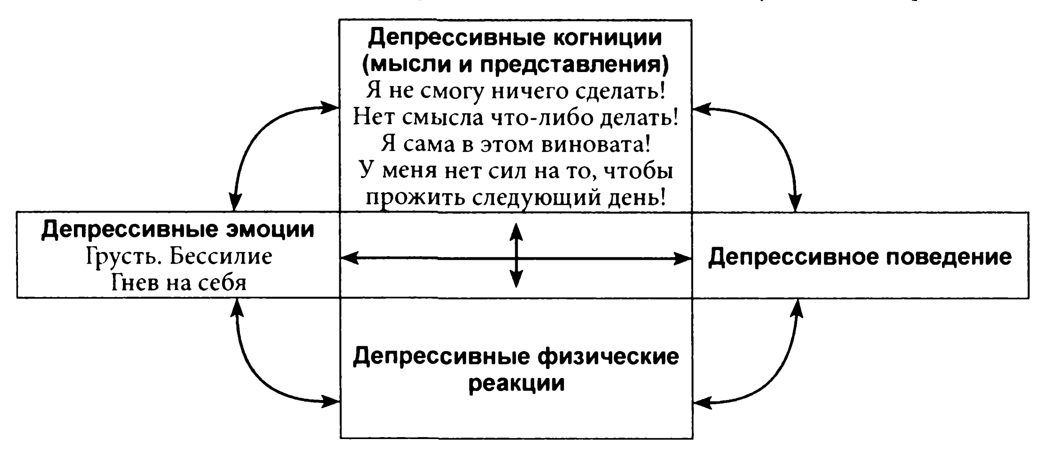
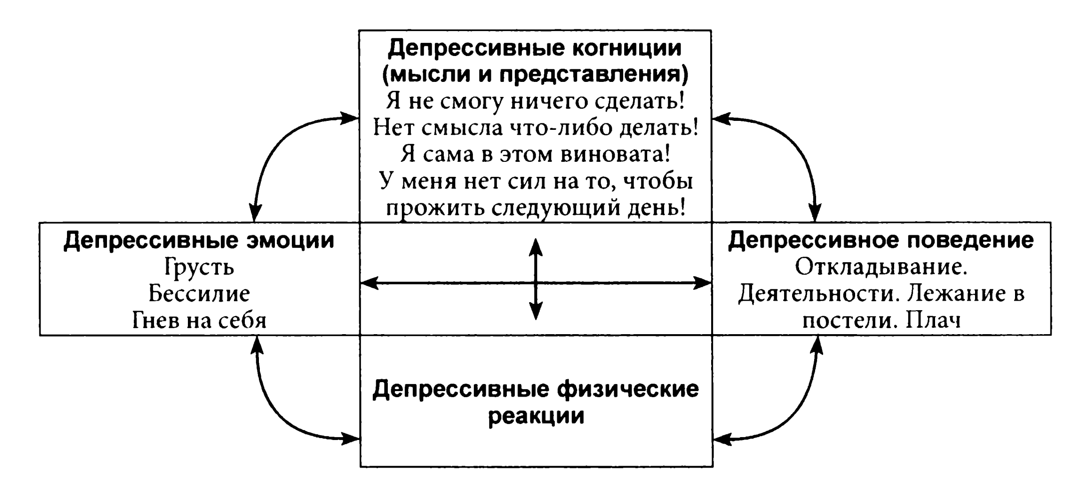


Рис. 8.7. Порочный круг депрессии

«Если вы себе сами это говорите, как себя потом чувствуете? Каково ваше настроение? Вы себя потом чувствуете несчастной и беспомощной, вам грустно, вы злитесь на себя. Так ли это?» (Терапевт делает запись в следующий квадрат.)

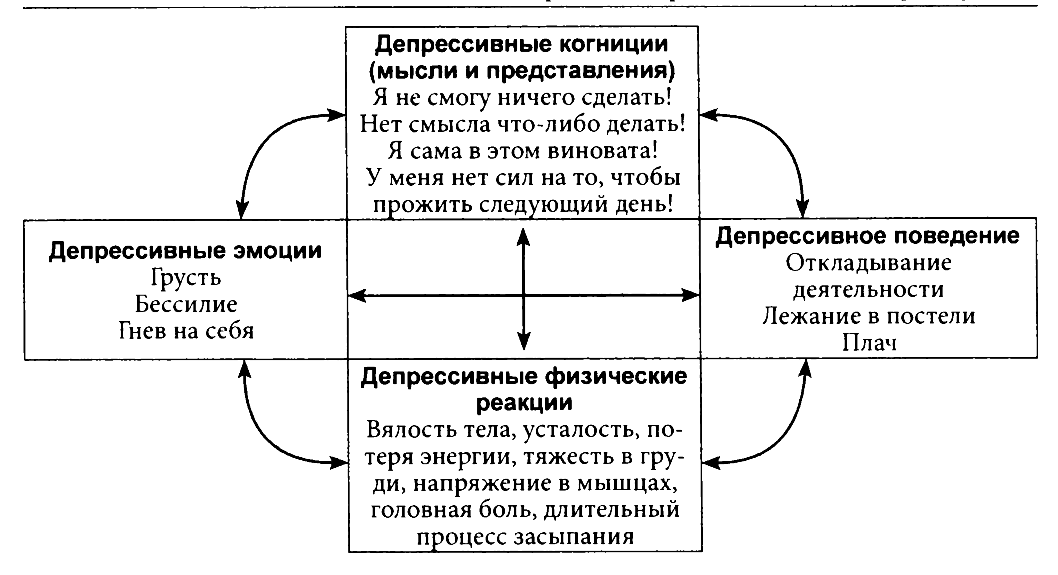


«Как вы можете видеть, эти негативные мысли часто связаны с тем, как себя человек чувствует. Когда вы мыслите негативно и Вам грустно, чувствуете бессилие и злитесь на себя, это, как правило, влияет на то, что вы делаете и как себя ведете? Да, тогда вы не начинаете никакой деятельности, будете лежать в постели, иногда плакать. Так ли это?» (Терапевт описывает еще один квадрат.)



«Посмотрите, как это может быть взаимосвязано. Человек имеет негативные мысли, чувствует себя подавленно и в то же время ведет себя пассивно. Кроме того, происходит обратное влияние во всех направлениях. Если вы лежите в постели все утро, что об этом думаете? ... да, вы злитесь на себя. И когда вы говорите, что не хотите ни за что вообще браться, как вы себя чувствуете? ... Да, вы злитесь на себя. Так, возникает порочный круг депрессии. Однако мы должны установить, что происходит с физическими ощущениями и сном. Вы говорите, что чувствуете печаль, беспомощность и гнев по отношению к себе. Как вы себя чувствуете физически, когда испытываете чувство печали и беспомощности? ... Все тело как будто становится вялым, без энергии, чувствуется тяжесть в груди. А как выглядит ситуация, когда вы на себя злитесь?.. Чувствуете большое напряжение, у Вас начинает болеть голова ... Вы очень хорошо описали ощущения. Я вижу, что вы начинаете понимать, как эти вещи связаны друг с другом». (Терапевт рисует следующий квадрат, в который записывает физические ощущения пациентки.) «Когда вам вечером приходят в голову мысли, которые вы мне описали, как вы думаете, это может оказывать какое-либо влияние на то, как вы засыпаете? ... Да, вы правы, человеку, который себя постоянно в чем-то упрекает, очень трудно заснуть».

«Все четыре области нашего опыта, о которых мы сейчас говорили, связаны с метаболизмом, особенно с количеством энергии, которую мы имеем в наличии. Этот порочный круг очень утомителен, поэтому большинство людей, страдающих депрессией, ощущают полную потерю энергии и, следовательно, производительности и удовольствия. Они не имеют достаточно энергии для того, чтобы чему-то радоваться. Как это происходит в Вашем случае?»



Модель депрессии на основании симптомов пациента мы неоднократно объясняем в ходе терапии, однако при новых объяснениях можно использовать короткую форму.

«Если я вас правильно понял, когда у вас что-либо не получается и это может быть мелочь, (например, когда вы сожгли яичницу), это приводит к значительному ухудшению настроения. Вы говорите себе: «Я бесполезна. Я не могу справиться даже с домашними делами. Я ни на что неспособна». И когда вам в голову приходят эти автоматические мысли, вы чувствуете себя несчастной, через некоторое время наступает чувство печали, безнадёжности, беспомощности. Тогда вы прекращаете что-либо делать и ложитесь в постель. Однако автоматические мысли возникают все чаще, вы продолжаете упрекать себя, чувствуете еще хуже и остаетесь в постели весь день. Я правильно вас понял?»

После того как мы объяснили пациенту упрощенную модель депрессии, необходимо объяснить, как может влиять лечение. Самым простым способом является рисование стрелок на схеме, с помощью которой мы изобразили модель расстройства.

«У нас есть несколько вариантов, как изменить ситуацию, в которой вы на данный момент находитесь. Необходимо разорвать порочный круг, который мы только что обсудили. Возможно, самым простым способом будет увеличение активности, когда вы шаг за шагом будете более активной, перестанете себя упрекать в том, что не можете ни с чем справиться. Постепенное увеличение активности приведет к изменению мышления, настроения и физических симптомов. В связи с тем, что на данный момент у Вас мало энергии, мы должны действовать очень аккуратно и увеличивать количество активности очень медленно.

Другой вариант заключается в изменении негативных мыслей, существенно меняющих настроение и активность. Кроме того, этот метод не сработа-

ет сразу, потому что большинство людей, находящихся в депрессии, их не замечают. На индивидуальных сеансах мы научимся, как изменять депрессивные мысли. Настроение невозможно изменить напрямую, но можно менять увеличением деятельности. Наиболее существенное изменение настроения происходит при активизации приятной деятельности. Физические реакции могут быть непосредственно изменены только с помощью расслабления. Учитывая то, что обучение релаксации при состоянии депрессии будет занимать все время лечения, мы не можем предполагать быстрое отступление симптомов пациента. Симптомы будут исчезать постепенно, вместе с изменениями в других областях».

Учитывая, что большинство пациентов с депрессией средней тяжести и всех пациентов с тяжелой формой депрессии мы будем лечить антидепрессантами, очень важно включить эффект от фармакотерапии. Пациенту необходимо объяснить, что лекарства постепенно исправят нарушенный баланс гормонов мозга (серотонина, норадреналина и дофамина). Это приведет к повышению энергии, снижению изнурительного напряжения. Параллельно улучшится настроение и исчезнут физические симптомы заболевания. Эффект от приема препаратов, однако, появится через 3—6 недель. На более ранних этапах мы не можем рассчитывать на него.

Теперь необходимо обсудить структуру следующего сеанса. Мы сообщим пациенту, что вначале будем встречаться 2 раза в неделю, затем один раз в неделю, в пока пациент будет в состоянии депрессии, будет несколько встреч в течение 14 дней, когда мы будем обсуждать профилактику рецидивов болезни. Когда мы закончим подготовительный этап, мы встретимся с пациентом после 3 и 6 мес. для проверки его состояния (в случае рекуррентной депрессии необходимо проверять пациента в течение 2 лет). Каждый сеанс будет длиться 45 мин. Целесообразно, чтобы время сеанса было регулярным.

Терапия, однако, должна происходить и вне сеанса — при выполнении домашних заданий. Пациент не должен бояться домашних заданий. Их содержание будет таким, чтобы без труда с ними справиться.

Первое совместное задание должно быть коротким. Пациент должен увидеть положительный эффект, когда мы его похвалим. Пациент должен сделать выводы после выполнения данного задания.

На первой встрече желательно установить взаимное понимание. Первая задача основана на визуальных данных. Выбираем один из трех вариантов:

а) для больных с абулией — это работа с деятельностью;

б) для активных пациентов, но предъявляющих к себе слишком завышенные требования, с частым беспокойством, упреками — это работа с автоматическими мыслями;

в) для большинства пациентов — это комбинированная работа с деятельностью и мыслями.

 а) Работа с деятельностью включает составление почасового списка деятельности за последние 2 дня, а также построение шкалы (-4 — + 4) для оценки настроения пациента в определенный час.

Таблица 8.6. Измеритель собственной оценочной шкалы настроения

Значение Настроения по шкале	Измеритель	Ситуации в моей жизни, которые соответствуют этому настроению
+4	Отличное, исключительное настроение (большой успех, взаимная любовь, рождение ребенка)	
+3	Отличное настроение, чувство счастья и спокойствия, все получается, успех	
+2	Хорошее настроение, приятные впечатления, спокойствие	
+1	Настроение чуть выше среднего, приятный день, но ничего особенного	
0	Обычное рабочее настроение, ни хорошее, ни плохое	
-1	Настроение чуть ниже среднего, мелкие неудачи	
-2	Настроение ниже среднего, ограниченное общение с людьми, обида, нерешительность, трудно начинать любую деятельность, тяжело сосредоточиться	
-3	Выраженное депрессивное настроение, которое мешает выполнять любую деятельность. Человек должен заставить себя что-либо сделать, человек способен работать минимальное количество часов в сутки. Отсутствует опыт радости	
-4	Очень плохое настроение, невозможно выполнять любую деятельность, сниженная способность либо неспособность поесть, помыться, одеться	

Несмотря на то что ретроспективная оценка настроения неточная и в основном монотонна, мы можем спросить пациента, была ли разница в том, как он себя чувствовал при конкретной деятельности, по сравнению с другой определенной деятельностью. Пациент учится различать свои чувства. В конце сеанса надо похвалить его и, если это возможно, показать, как разные виды деятельности связаны с определенным настроением. В качестве домашнего задания пациент получает список деятельности на каждый час до следующего сеанса с параллельной оценкой настроения.

На протяжении всего курса лечения необходимо вести график наблюдения за настроением.

- Оцените свое настроение за этот день (хорошо или плохо вы себя чувствовали) по 9-балльной шкале:
- Если вы чувствовали себя действительно хорошо (настолько хорошо вы себя еще не чувствовали), отметьте + 4,
- Если вы чувствовали себя очень плохо (хуже вы себя еще не чувствовали), отметьте -4.
- Если состояние было средним или смешанным, отметьте 0.
- Если вы чувствовали себя плохо, отметьте отрицательное число между -2 и -3.
- Если вы чувствовали себя хорошо, отметьте положительное число между +2 и +3.

Не забудьте, что низкие цифры показывают, насколько плохо вы чувствовали себя, а более высокие цифры — насколько хорошо. Обычно рабочее настроение

колеблется от -1 до +1. Ниже кратко пишите события, которые повлияли на Ваше настроение.

День недели	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
Дата							
Баллы по шкале депрессии Бека BDI							
Настроение							
Очень счастливое (+4)							
Отличное (+3)							
Лучше (+2)							
Обычное рабочее (+1-0 -1)							
Легкая депрессия (-2)							
Средняя депрессия (-3)							
Тяжелая депрессия (-4)							

б) Работа с автоматическими мыслями включает одну или две записанные мысли, которые часто повторялись и которые можно обрабатывать уже при первой встрече. С помощью сократического диалога мы обсуждаем первую мысль, а затем другую (см. раздел о когнитивной реструктуризации).

Целесообразно, чтобы перед началом тестирования пациент записал мысль и процент, насколько он в нее верит (большинство пациентов первоначально указывают 100 %). После диалога мы попросим пациента прочитать первоначальную мысль, а затем оценить, насколько он в нее верит на данный момент. Сократовский диалог приводит пациента к внутреннему спору между его утверждениями, показывает преувеличение или неадекватность начальной автоматической мысли. Рассмотрим пример (в соотв. Fennel, 1989).

Кейт: *Мой муж меня больше не любит.*

Терапевт: *Это очень неприятная мысль. Почему вы думаете, что он вас больше не любит?*

Кейт: *Когда он вечером приходит домой, со мной совсем не общается. Просто сидит и смотрит телевизор. Затем идет спать.*

Терапевт: *Хорошо. Существуют ли доказательства в его поведении, что не соответствует вашей мысли о том, что он вас больше не любит?*

Кейт: *Не могу ничего такого сказать. Нет, подождите. У меня был день рождения несколько недель назад. Он подарил мне очень красивые часы. Я их увидела в витрине магазина и сказала ему, что они мне понравились, он их запомнил и купил для меня.*

Терапевт: *Хорошо. И как это вписывается в ваше убеждение о том, что муж вас не любит?*

Кейт: *Это действительно не очень соответствует, да? Но почему он тогда так ведет себя вечером?*

Терапевт: *Полагаю, что одним из возможных объяснений является то, что он Вас больше не любит. Но существуют ли другие объяснения?*

Кейт: *Он весь день много работает, так что домой приходит поздно. Часто работает по выходным. Может быть, причина именно в этом.*

Терапевт: *Может быть, это один из возможных вариантов, не так ли? Как вы могли бы узнать, правда это или нет?*

Кейт: *Я могу ему сказать, что он выглядит усталым, спросить его, как он себя чувствует и как у него дела на работе. Я так не сделала, потому что была обижена на то, что он меня игнорирует.*

Терапевт: *Это очень хорошая идея. Попробуете осуществить это в качестве домашнего задания.*

Пациент должен записывать автоматические мысли. Перед этим ему необходимо объяснить, что это такое и дать несколько примеров.

в) комбинированная работа с деятельностью и мыслями. Как правило, пациент сообщает нам, что в последнее время ничем не занимался. Это утверждение, как и типичная автоматическая мысль, тестируется. Пусть он приведет аргументы, которые свидетельствуют за это утверждение, и свидетельствующие против него (в первый раз он найдет очень мало вариантов или вообще ничего). Далее мы создаем список его деятельности в течение последних 2 дней. В общей сложности пациент в эти дни занимался многими вещами. Наконец, мы сопоставляем мысль «Я совсем ничем не занимался» с этой записью. Пациент вначале может утверждать, что то, чем он занимался, незначительно, но после очередного сопоставления («Неужели вы думаете, что логично говорить о том, что человек, который сделал это и это, не сделал абсолютно ничего?») признает, что начальное утверждение было преувеличено. Затем мы попробуем найти утверждение «Я делаю меньше, чем мне хотелось бы». Эта мысль, конечно, огорчает, хотя не подавляет, как начальная мысль. В качестве домашнего задания пациент должен записать деятельность в журнал и составить график настроения.

Альтернативные варианты первого домашнего задания:

1. прослушать кассету, записанную на сеансе;
2. резюмировать, действительно ли мысли соответствуют текущей ситуации;
3. прочитать брошюру о депрессии;
4. записывать повседневную деятельность и настроение;
5. наблюдать за АНМ;
6. наблюдать за определенным видом депрессивного поведения, которое он хочет изменить.

Постепенное увеличение активности

Пациенты, страдающие депрессией, часто очень пассивны, потому что они под впечатлением того, что ничто в жизни им не приносит удовольствие и по этой причине им не нужно стараться что-либо делать. Поэтому важно вести пациента к тому, чтобы он записывал свою деятельность в течение дня (это ставит под сомнение его убеждение в том, что он ничего не делает), чтобы по на шкале успеха оценил, насколько он в определенной деятельности был успешен и какое удовольствие она ему доставила. Для начала необходимо определить деятельность, с которой пациент может справиться, час за часом. Его нынешняя активность — это этаж, с которого мы начинаем. Далее мы должны записать виды деятельности, которые могут быть на этаж выше. Туда мы постараемся попасть не ранее чем че-

рез неделю после поддержания начального или уже достигнутого уровня. С помощью записей пациент сможет лучше понять, что его настроение в течение дня не всегда одинаково что при определенной деятельности он испытывает больше радости, чем при другой.

Следующий шаг — планирование следующего дня, чтобы пациент осознал прочную структуру его ежедневной программы. Кроме того, планирование деятельности позволит ему включить в программу мероприятия, которые приносят относительное удовольствие. Он, сможет увеличить сложность ежедневных задач. Это улучшает его настроение и ставит под сомнение истинность депрессивных мыслей («Я бесполезен. Ничего не могу делать»). Терапевт подводит пациента к тому, чтобы за выполнение даже небольшой задачи каким-либо способом он себя наградил. Пациент в начале терапии должен иметь список наград, который будет постепенно пополнять. После каждого выполненного задания пациент делает запись о получении награды.

Есть опасность того, что планы будут преувеличены, а затем отложены. Методика записи представлена в главе о планировании мероприятий. Типичной работой с пациентами, страдающими депрессией, является параллельное тестирование автоматических мыслей, которые связаны с реальной деятельностью.

Разработка самоукрепляющих моделей (самовознаграждение)

Пациент учится поощрять себя за определенные результаты материально или в виде интересных развлечений. Эта чрезвычайно важная стратегия нуждается в неоднократном подчеркивании.

Отвлечение внимания от АНМ

В начале терапии мы должны объяснить пациенту, какое влияние оказывают АНМ на его настроение, а затем научить его прервать эти мысли после их осознания. Пациент может использовать метод остановки мыслей, метод отвлечения внимания с помощью увлекательной деятельности, сосредотачиваться на своих ощущениях или выполнять ментальные упражнения. Важно, чтобы пациент воспринимал эти методы только в качестве запасного варианта, который позволит ему в данный момент времени избавиться от негативных мыслей. Для постоянного изменения стиля мышления служит метод когнитивной реструктуризации.

Когнитивная реструктуризация

1. *Это центральный метод КБТ.* Автоматическая мысль воспринимается как гипотеза, чья правдивость тестируется. Пациент сначала экспериментирует со своими АНМ, а затем учится их модифицировать. *Выявление* АНМ, а также ситуаций, в которых они появляются, и эмоций, которые с ними связаны. Уже позже он сможет оценить убедительность АНМ (0—100 %) и силу эмоций (1—10). Некоторым пациентам трудно записывать АНМ. Изначально пациент может записывать только в определенное время дня или в определенных ситуациях. Пациент должен научиться записывать свои АНМ именно так, как они возникают в голове, а не описывать тематику, или объяснять их значение.
2. *Рассмотрение и оспаривание отдельных АНМ.* Когда терапевт с пациентом определят автоматические модели мышления, следующим шагом будет освоение интерпретации событий. Пациент учится воспринимать свои АНМ

не в качестве неоспоримой истины, а как гипотезы или мнения которые могут (но не должны) быть правдой. Новые интерпретации должны изменить АНМ на конструктивное утверждение, которое в большей степени связанно с реальностью. Очень важно, чтобы пациент обрел новые собственные представления, а не навязанные терапевтом и освоил выбранную стратегию.

Терапевт может задавать вопросы, основанные на опыте пациента. Когда он впоследствии создает ответы, мы помогаем ему прийти к положительным, рациональным заявлениям. Когда пациент научится распознавать характерные особенности своих АНМ, терапевт подведет его к тому, чтобы он проверил их истинность. Эту проверку проводят сначала на сеансе, а позже пациент выполняет ее в качестве домашнего задания. Пациент учится: различать мнения и факты, контролировать свое восприятие (не упустил и не преувеличил ли он некоторые важные факты при оценке ситуации).

Для оценки АНМ пациент должен научиться задавать себе вопросы следующего типа: «Что свидетельствует за эту мысль? Что свидетельствует против этой мысли? Можно ли эту ситуацию или событие оценивать по-другому? Какие преимущества и недостатки мне приносит этот способ мышления? Какие логические ошибки я допускаю?» Терапевт учит пациента задавать себе эти вопросы и искать на них ответы. Разговор никогда не должен превращаться в спор, в котором терапевт оспаривает АНМ, а пациент их защищает. Цель этого метода — научить пациента задуматься над собственными мыслями и понять, что есть и другие понятия и объяснения, которые для него могут быть полезными и лучше соответствуют действительности. Вопросы должны быть заданы таким образом, чтобы они создавали логическую дилемму. «90 % моих пациентов говорят, что никогда не будут себя чувствовать лучше, но у подавляющего большинства состояние значительно улучшается. Думаете, что вы отличаетесь от них?» Терапевт может указать на нелогичность позиции пациента. «Вы говорите, что всегда были слабой личностью. И также, что до депрессии вам удавалось справляться со многими видами деятельности. Вы не видите явного расхождения в этих утверждениях?» Зная список АНМ пациента, мы задаем ему следующие вопросы:

- Каковы доказательства «за и против»?
- Нет ли для этого другого объяснения?
- Не рассуждаю ли я в терминах «все или ничего»?
- Не увеличиваю ли я размер проблемы, ее важность?
- Не делаю ли я из мухи слона?
- Не пытаюсь ли я предсказывать будущее?
- Не пытаюсь ли я читать мысли других?
- Что подумали бы другие люди в аналогичной ситуации?

Тестирование АНМ

Ситуация. Сосед не ответил на мое приветствие.
Мысль. Он мне показывает, что презирает меня.
1 тестирование. Возможны ли другие объяснения? Какие именно?
• Он не заметил меня, был задумчивый. • Может быть, он меня поприветствовал прежде, а я этого не заметила. • Он просто забыл меня поприветствовать.

2 тестирование. Почему я думаю, что именно эта оценка ситуации является наиболее верной?
• Я уже так не думаю, это вызвано моей депрессией.
3 тестирование. Не вредят ли мне такие мысли?
• Вредят, они ухудшают мое настроение. Я не хочу так думать.
4 тестирование. Является ли ситуация действительно такой серьезной, как я говорю? Не преувеличиваю ли я?
• Это совершенно неважно. Я преувеличиваю, если я об этом вообще думаю.
Рациональный ответ. Тот факт, что сосед меня не поприветствовал, не говорит о том, что он меня презирает. Я сама себе наношу вред, когда что-то подобное думаю. Нет необходимости думать о таких вещах, такие мысли ухудшают мое настроение.

3. *Запись АНМ.* Это самый простой способ уловить автоматические мысли. Пациент ведет дневник, который носит с собой. Во время каждого сеанса терапевт с пациентом обсуждают отдельные записи. Важно, чтобы пациент понял, что одно и то же событие может вызвать разные эмоциональные реакции в зависимости от того, как он сам к этому относится.

Пример записи АНМ

Дата	Ситуация	Автоматические мысли	Эмоции	Рациональный ответ	Результат
6.5.98 10:00	Сосед не ответил на мое приветствие	Я не стою даже приветствия. Он что-то имеет против меня. Дает мне знать, как презирает меня. Все видят, насколько я неспособна	Печаль и гнев, страх Печаль Смирение	Он меня не заметил. У меня нет оснований так думать. Преувеличенная реакция на ситуацию, когда со мной не поздоровался сосед	Перестану об этом думать, потому что это не настолько важно. В следующий раз я с ним поздороваюсь первая и громко
6.5.98 13:00	Дочь не хотела обедать. Я на нее накричала	Она это делает специально, потому что не любит меня. То, что я готовлю, невкусно. Как мать, я полностью не состоялась. У нее все будет так же плохо, как у меня	Сожаление Сожаление Гнев на себя Страх	Она не ест, потому что сейчас не хочет. Обычно она ест это с удовольствием. То, что я иногда кричу на дочь, не значит, что как мать я не состоялась. Я себя зря накручиваю. У меня еще все не так плохо	Извиниться, что я на нее зря накричала. В следующий раз ее нужно заранее спросить, хочет ли она есть. Если я буду излишне строгой, извинюсь

Распознание способов когнитивных искажений. После сбора некоторого количества определенных АНМ появятся некоторые существенные темы и логические ошибки, которые пациент допускает в своем мышлении. Терапевт должен научить пациента распознавать эти ошибки.

Найти разумный ответ на АНМ. После рассмотрения всех плюсов и минусов АНМ пациент должен сформулировать разумный ответ, который отвечает действительности и снижает убедительность и эмоциональный эффект АНМ. Паци-

енту следует записать его и оценить обоснованность, затем заново оценить убедительность первоначальной АНМ и связанную с ней силу эмоций.

Следующий шаг может заключаться в создании пациентом карты, где на одной стороне будут записываться АНМ, а на другой стороне — разумный ответ. Эту карту он будет носить с собой и, когда возникнет соответствующая АНМ, вспомнит для нее разумный ответ. Если пациент не сможет этого сделать, то он считывает его с карты. Цель этого метода состоит в том, чтобы пациент научился вспоминать разумный ответ, на каждую АНМ.

В начале терапии пациент может жаловаться, что, зная об искажении своих АНМ и имея на них разумные ответы, в определенных ситуациях они ему не помогают. Поэтому надо предупредить пациента о том, что когнитивное реструктурирование должно стать навыком, наработанным частым повторением, что эффект наступает постепенно. Следует подчеркнуть, что чем чаще пациент будет применять этот метод в реальной жизни, тем быстрее наступит эффект.

Пример записи АНМ

Ситуация	Мысли (насколько я им верю)	Эмоции	Рациональная реакция (насколько я ей верю)	Действие
Я сожгла соус	Я не в состоянии управлять домашним хозяйством. (80 %) Это никогда не изменится. (90 %)	Беспомощность (80 %) Грусть (70 %)	Но я же просто сожгла соус. (90 %) Я смогла первый раз за месяц приготовить обед. (90 %) В течение этого месяца ситуация намного улучшилась (70 %)	Перестану жаловаться. Сделаю новый соус. Завтра буду готовить снова, даже если у меня что-то пойдет не так. Это не трагедия.
В гостях у одноклассника моего мужа я молчала весь вечер	Они видят, какая я странная. (90 %) Я очень странная. (80 %) Володя меня бросит (80 %)	Напряжение (80 %) Страх (90 %)	Он на меня особо не обращал внимания. Даже когда я была здорова, мы с ним немного общались. (60 %) То, что я молчу, не значит, что я странная. У них была своя тема. (80 %) Володя ко мне хорошо относился. (90 %)	Дам им что-нибудь поесть и попить. Когда мы с Володей будем одни, я ему скажу, что люблю его. В следующий раз постараюсь с ними хотя бы немного поговорить, но потом их все равно оставлю вдвоем

4. *Создание дистанции.* Пациент может оценить проблемную ситуацию на расстоянии, научиться эмоционально сжиматься и смотреть на проблемы глазами другого человека. Для рассмотрения мы выберем такую ситуацию из прошлого, которая оказалась лучше, чем он предполагал. При рассмотрении текущей проблемы полезно переигрывание. Терапевт изображает пациента, а пациент — своего друга. Способ дистанцирования позволяет увидеть другие возможности объяснения с более позитивными последствиями. Например, мы скажем пациенту: «Станьте моим терапевтом, возьмите мою роль, а я возьму вашу. Скажите, что вы мне можете посоветовать?»

5. *Изменение ситуации.* Как только пациент научится по-разному реагировать на определенные ситуации, можно перейти к интерпретации одной ситуации (например, к переформулированию проблемы).
6. *Дисатрибуция (не принимая на себя всей ответственности).* Больной оценивает свою роль в конкретной ситуации, роли других людей, возможность случайности событий. Терапевт помогает ему в этом.
7. *Декатастрофизация.* Обычным депрессивным искажением является предположение, что определенное событие (или отсутствие определенного события) обязательно будет катастрофой. Поэтому необходимо, подробно проанализировать предполагаемую ситуацию и ее влияние на пациента и найти к ней реалистичный подход.
8. *Изменение ожиданий.* Пациент обычно имеет пессимистические ожидания будущего. Для преодоления этого настроения необходимо проанализировать факторы, которые могут повлиять на события. Пациента следует привести к мысли, что невозможно весь опыт из прошлого автоматически переносить в будущее (когда-либо произошедшее событие не обязательно должно произойти снова).

Уровни проблемы, которые должны быть рассмотрены:

А. Симптом (например, усталость)

Б. Значение симптома для пациента («Ничего не смогу сделать, потому что сразу устану»)

В. Влияние симптома на самооценку («Я человек, который ни на что неспособен»)

Г. Обобщение этого аспекта самооценки («Человек, который ни на что неспособен, является бесполезным»)

Д. Другое обобщение, например, временное («Я бесполезен, всегда был и всегда буду»)

Е. Умалчивание предположений постоянного характера («Если я что-либо не сделал на 100 %, то это все равно что не сделать ничего. А тот, кто ничего не делает, бесполезен»)

Ж. Обобщение взгляда на окружающую среду («Такой бездельник, как я, создает другим только трудности. Таких людей никто не любит»)

9. *Эксперимент*, результат которого пациент предсказывает. Иногда невозможно узнать действительность определенной АНМ в рамках сеанса. Речь идет о негативных ожиданиях и прогнозах («Если я попрошу жену пойти со мной на прогулку, она скажет мне, что у нее нет времени, и будет сердиться, потому что сыта мной по горло»). В рамках сеанса необходимо запланировать, что должен сделать пациент и чего он ожидает, что может произойти. Иногда целесообразно, чтобы пациент во время сеанса отрепетировал свое поведение в виде сценки. На следующем сеансе терапевт с пациентом должны оценить полученный результат. Следует подчеркнуть, что даже если прогноз пациента подтвердится, это не будет неудачей. Тем не менее необходимо задуматься о том, что пациенту следует сделать по-другому, а в случае необходимости — стоит ли вовлекать жену пациента в процесс лечения.

Пример эксперимента

Эксперимент	**Предположение — мои ожидания, что может случиться**	**Возможные проблемы**	**Способы, как эти проблемы преодолеть**	**Результат эксперимента**	**Насколько результат поддержал мысль, которую я проверяю (0—100%)**
Я позвоню старшему сыну и предложу ему помощь	Он будет рад и примет ее	Может отказаться от помощи, потому что очень самостоятельный и не хочет, чтобы я вмешивалась в его жизнь	Если он откажется, я спрошу, в чем еще я могу ему помочь. Объясню, что не хочу вмешиваться в его жизнь, а просто могу помочь.	Сын отказался от моего первого предложения, но затем сказал, в чем я ему реально могла бы помочь. Мы договорились.	100

Пример записи эксперимента

Мысль, истинность которой я проверяю: ______________________________

Эксперимент	**Предположение — мои ожидания, что может случиться**	**Возможные проблемы**	**Способы, как эти проблемы преодолеть**	**Результат эксперимента**	**Насколько результат эксперимента подтвердил мысль, которую я проверяю? (0—100 %)**

Какой урок я получила из этого эксперимента? ______________________________

____

____

____

Аккомодация дисфункциональных когнитивных схем

Оспаривание дисфункциональных когнитивных схем должно помочь пациенту понять свой опыт и стабилизировать его на будущее. После того как мышление пациента станет гибким, работа с мыслями переходит в работу с более глубокими когнитивными процессами. Необходимо выяснить, какие неадекватные позиции пациент занимает по отношению к себе, окружающему миру и своему будущему. Терапевт предлагает гипотезы о его когнитивных схемах, затем спрашивает пациента, почему он пришел к определенному выводу. Мы ведем пациента к тому, чтобы он осознал, как скрытые предположения и убеждения влияют на его поведение. Эти специфические мыслительные схемы на самом деле являются совокупностью внутренних правил, которые определяют различные реакции пациента. Для профилактики рецидива эти схемы должны быть изменены. Терапевт должен проработать ситуации, которые они тестировали вместе с пациентом, чтобы определить, о каких схемах идет речь. Может помочь ежедневная запись дисфункциональных мыслей. Необходимо выявить повторяющиеся темы,

установить, что похожие АНМ появляются в различных ситуациях, вместе с пациентом найти правило, которое могло бы обобщить причину этой реакции. Также можно записать главное убеждение пациента и мысли, которые вытекают из него, совместно рассмотреть, насколько это убеждение объясняет АНМ.

Бек (1976) различает основные схемы (глубинные убеждения) («Я недостоин любви! Я ничего не стою, я неспособный!») и вторичные (условные) убеждения, которые являются более подробными («Чтобы быть счастливым, я должен быть лучшим во всем, что я делаю!») и связаны с АНМ. Вторичные убеждения возникают в ситуациях, когда не удается достичь целей, вытекающих из первичных убеждений («Жизнь несправедлива! Хотя я стараюсь, у меня нет никаких шансов»). Это, как правило, самая трудная стадия КБТ, так как пациент до этого времени не осознает своих глубинных убеждений. После того как пациент осознает их, он должен научиться искать доказательства списка преимуществ и недостатков, краткосрочных и долгосрочных последствий этого убеждения. Другим подходом может стать разговор о том, в какой степени подобную позицию он рекомендовал бы другим людям, терапевту и т.д. На следующем этапе мы попросим пациента действовать против своих убеждений и предположений, чтобы он предположил развитие событий. Так мы проверим его ожидания на реальность.

Когнитивные искажения могут быть оценены в следующих измерениях:

1. *Время;* оценивает пациент искаженным образом лишь текущую ситуацию или прошлые ситуации и будущее...

   Всеобщность; обобщает пациент определенный опыт по отношению к себе или к другим людям («Я сделал это и это. Я всегда делаю это и это»).

2. *убедительность* (уверенность); в какой степени пациент убежден в реальности и предвзятости искаженных оценок, мнений и позиций. Если убеждения слишком глубоки, то их оспаривание он может рассматривать как подавление его личности. Поэтому всегда начинают с оспаривания более поверхностных мнений и предположений.

В ходе терапии обнаруживаем, что АНМ пациента вращаются вокруг определенных тем, например, самооценки, основанной на достигнутых результатах («Для того, чтобы я мог себя уважать, мне нужно быть успешным во всем, что я делаю»), зависимости самооценки от принятия и признания других людей («Я не могу быть счастлив, когда меня другие не любят»), или потребности все контролировать и отвечать за все происходящее («Я никогда не могу сделать ошибку!»). На основе индивидуальных АНМ можно сформулировать когнитивную схему, из которой эти АНМ вытекают, определенную жизненную позицию или предположение пациента. Пациент должен задумался над действительностью и адекватностью этой схемы, как и над действительностью отдельных АНМ. «При каких обстоятельствах она [эта схема] действительна, а при каких нет? В каких ситуациях мне это помогает, а в каких вредит? Как переформулировать эту схему, чтобы сохранить ее преимущества и устранить ее недостатки?» Например, схема «Я должен быть успешен во всем, что я делаю» может быть переформулирована в «Правильно стараться достичь самого лучшего результата, но никто не может достичь успеха во всем». Следовательно, цель не в том, чтобы отрицать и опровергать кон-

кретную схему, а, заменить ее более гибкой и реалистичной схемой, чтобы пациент принимал себя со своими ошибками и недостатками.

Пример работы с дисфункциональной схемой 24-летней Власты

Дисфункциональная схема. Когда люди узнают, какая я на самом деле, будут меня презирать.	
выгоды	**недостатки**
• Я веду себя так, чтобы произвести приятное впечатление. • Никто обо мне ничего не знает, поэтому я защищена от плохих людей. • У меня ни с кем нет конфликтов, потому что я умею их избегать. • Я скромная, у меня нет требований к другим людям. • Я умею войти в положение других людей, заранее определить их потребности. • Я трудолюбива, пунктуальна и аккуратна	• Избегаю близости, поэтому не имею друзей. • Я не нашла партнера. • Плохо переношу критику. • Боюсь создать свое собственное мнение, поэтому повторяю мнения других. • Не умею отказывать. • Люди часто используют меня дома и на работе. • Постоянно думаю о том, что я делала, как с кем говорила, не сделала ли где-нибудь ошибку. • Я себе не верю
Более конструктивный взгляд (модификация схемы). Мне не обязательно сразу всем доверять, но я могу быть более открытой для людей, которых хорошо знаю. **Что изменилось бы в моей жизни.** Я чувствовала бы себя лучше среди людей. Увеличился бы шанс, что я найду новых друзей, а может быть, даже партнера. Я стала бы более довольна собой. **Чему я должна научиться.** Открыто выражать свои чувства и мнения.	

Решение проблем

Если у пациента, страдающего депрессией, есть реальные жизненные ситуации, которые он не в состоянии решить самостоятельно, ему может помочь метод структурированного решения проблем. Обучение этому методу имеет более превентивное значение, поэтому мы прибегаем к нему только после прекращения депрессии и только при работе с пациентами, чья способность решать свои проблемы не наладится на данном этапе (Praško и соавт., 1995).

Завершение терапии

В начале терапии мы сообщили пациенту о том, что КБТ ограничена во времени и договорились об определенном количестве сеансов (например, 12 или 20). Проблем с завершением терапии меньше, чем при длительной терапии с неясно сформулированными целями, тем не менее могут быть смазаны, достигнутые результаты. Терапевт стремится избежать сильной привязанности (поддерживает умеренную положительную атмосферу доверия и уважения) со стороны пациента тем, что ясно определяет свою роль и подчеркивает, что целью терапии является независимость и самостоятельность пациента. КБТ похожа на педагогический процесс, в течение которого пациент учится овладевать определенными навыками, которые помогут ему успешно решать эмоциональные проблемы. Когда терапия подходит к концу, у пациента часто появляется опасение и беспокойство. В качестве домашнего упражнения он должен записать беспокоящие мысли и найти для них рациональные ответы. Например, пациент обеспокоен тем, что не пол-

ностью вылечился и не способен справляться со своими проблемами без помощи терапевта.

Возможный ответ: «Абсолютно здоровых нет. Пациент освоил методы терапии и знает, как ему действовать дальше».

Пациент обеспокоен тем, что его депрессия после окончания терапии снова вернется.

Возможный ответ: «Этого нельзя исключить. Однако пациент знает, какие ситуации усугубляют депрессию, и умеет от нее защищаться. Легкий депрессивный срыв может стать практикой его новых навыков».

Иногда целесообразно провести эксперимент, в котором пациент спровоцирует у себя АНМ и с помощью их оспаривания найдет рациональный ответ, которым он устранит (смягчит) депрессию.

Другой вариант — обмен ролями, когда терапевт предлагает пациенту разные АНМ, а тот их оспаривает. Терапия может быть прекращена после того, когда пациент в письменной форме резюмирует, чему он во время терапии научился, что она ему дала или чем разочаровала.

Иногда депрессия может исчезнуть после нескольких сеансов. Но не стоит прекращать терапию, потому что, как правило, терапевт с пациентом еще не дошли до обсуждения схем, пациент не успел освоить технику оспаривания АНМ. Если пациент не намерен продолжать лечение, терапевт может предложить ему помощь в межличностных отношениях и т.д. После окончания терапии целесообразно предложить пациенту несколько поддерживающих сеансов (один раз в несколько месяцев).

Программа профилактики рецидивов депрессии, основанная на практике осознанности. Одной из самых серьезных проблем при депрессии является риск рецидива, возрастающего с каждым новым эпизодом депрессии. Проблема профилактики может быть решена несколькими способами. Долгосрочное профилактическое применение антидепрессантов очень выгодно для фармацевтических фирм. Менее привлекательным это решение будет для больных, которые после ремиссии депрессии не испытывают проблем и которые не хотят ежедневно принимать лекарство. Кроме того, многие люди боятся побочных эффектов, связанных с долгосрочным приемом медикаментов. Поэтому, большая часть пациентов через некоторое время перестают принимать лекарства. Риск рецидива у них увеличивается.

Другой профилактикой рецидивов депрессии является поддерживающая КБТ. Пациенты, которые во время острых приступов депрессии завершили индивидуальную КБТ, могут — (как правило, один раз в три месяца) встретиться со своим терапевтом и повторить в рамках сеанса терапевтические методы. В случае повторения симптомов депрессии пациенты могут пройти несколько сеансов планирования деятельности, самооценивания и когнитивной реструктуризации. Профилактический эффект КБТ при рецидиве депрессии подтверждается контролируемыми исследованиями. Недостатком такого подхода является то, что он доступен только для пациентов, которые КБТ уже завершили. С другой стороны, у нас мало подготовленных терапевтов, которые работают с пациентами, находящимися в стадии ремиссии.

По этой причине была создана программа лечения Сегала, Уильямса и Тисдейла (Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D., 2002) «Профилактика депрессии с помощью техник осознанности». Дешевые и доступные формы терапии помогают людям, страдавшим депрессией, успешнее предотвратить рецидив. Групповая терапия, состоит из 8 сеансов, предназначена для людей, которые на данный момент не ощущают симптомов депрессии, но имеют такой риск. Во время острых приступов они не лечились с помощью психотерапии, программа не предполагается наличие предварительных знаний о психотерапевтических методах. Основой данной программы является обучение навыкам сосредоточенного осознания действительности, так называемый mindfulness, который является методом, сходным с медитацией.

Авторы пересмотрели изначальную когнитивную теорию депрессии Бека, в соответствии с которой специфические схемы «Я должен быть совершенным во всем, что делаю. Чтобы меня любили другие люди, я должен им во всем угодить» сохраняются даже в период ремиссии и могут вызвать атаку депрессии. Исследования дисфункциональных позиций среди людей с ремиссией и людей, у которых никогда не было депрессии, показали, что активность схем для обеих групп одинакова. Следующее исследование, однако показало, что у людей, которые испытали депрессию, можно гораздо легче, чем у людей, у которых никогда не было депрессии, вызвать негативные когнитивные процессы в результате прослушивания грустной музыки или чтения грустных текстов. Постдепрессивные люди, которые в данный момент не страдали депрессией, под влиянием негативных раздражителей гораздо легче вспоминали печальные события, у них появлялись негативные мысли «Я ничего не стою. Я никогда не буду счастлив». Под воздействием негативных стимулов, у постдепрессивных людей значительно увеличивался балл на шкале DAS, в отличие от людей, которые никогда не испытывали депрессию.

Второе отличие между постдепрессивными и недепрессивными людьми связано с разной реакцией на раздражители стресса и печали. Люди, не подверженные депрессии, пытаются отвлечь свое внимание на другие стимулы, занимаясь активной деятельностью. Постдепрессивные люди имеют тенденцию сосредоточиться на своих печальных мыслях и стимулах («руминационная реакция»). Эти люди верят, что таким способом они лучше ориентируются в своих чувствах и, таким образом, смогут решить свои проблемы. В этом они ошибаются: руминационная реакция на негативные раздражители еще сильнее поддерживает грустное настроение и негативный стиль мышления, ко всему прочему подрывает способность активно решать проблемы и преодолевать их.

Уязвимость по отношению к депрессии

Авторы разработали теорию возникновения депрессивного рецидива. Согласно этой теории постдепрессивные люди гораздо более чувствительны к нормальным перепадам настроения. Если по какой-либо причине у них возникает плохое настроение, реакция негативного стиля мышления и дисфункциональных позиций происходит гораздо быстрее, чем у недепрессивных людей. Эти негативные когнитивные процессы усиливаются руминационной реакцией, поэтому с легкостью может образоваться порочный круг, в котором негативные мысли усугубляют депрессивное настроение, а депрессивное настроение усиливает негативный

стиль мышления. Клиническая картина дополняется поведением, характерным для депрессии, — понижением активности, нарушением сна, отсутствием аппетита. Совокупность этих симптомов авторы называют *депрессивным психическим режимом,* который имеет тенденцию усугубляться.

Как же помочь людям с риском депрессии не реагировать на обычные перепады настроения и грустные раздражители, чтобы их депрессия не углублялась?

Режим действия и режим бытия

Теоретическая основа программы состоит из многих компонентов. Между ними происходит постоянный обмен информацией, создаются определенные переменные формулы, отвечающие потребностям организма и реагирующие на раздражители из внешней и внутренней среды. Некоторое время доминирующую формулу психической деятельности заменяет другая формула. Этот процесс можно представить как движение автомобиля, меняющего скорость в соответствии с ситуацией.

Отдельную скорость можно сравнить с определенным *психологическим режимом.* Каждая скорость подходит для конкретной дорожной ситуации, так и каждый психический режим имеет свою функцию. Изменение психических режимов происходит автоматически, но можно намеренно изменить их. Подобно автомобилю, ум может работать в различных режимах, причем один режим исключает другой.

Можно научить человека понимать в каком режиме он в настоящее время находится и как в случае необходимости перейти в другой режим. На практике человек учится распознавать и переключать два основных психических режима — режим действия и режим бытия.

В режиме действия обнаруживается несоответствие между тем, как обстоят дела (или как они будут обстоять), и тем, как все должно быть. Это открытие вызывает определенную негативную эмоцию, умственную и физическую активность, уменьшающую или устраняющую это несоответствие. Этот процесс происходит легко, если очевидно, что должно быть сделано и возможно ли это сделать. В некоторых ситуациях, однако, не ясно, что делать, или это не может быть сделано. Тогда сохраняется чувство неудовлетворенности. Внимание по-прежнему сосредоточено на выявленном несоответствии. Это рассуждение не считается простым психическим процессом, но бывает заменено на реальные действия. Человек свою нынешнюю ситуацию понимает лишь частично, потому что в своем мышлении занят будущим и прошлым.

Этот психический процесс, как правило, является причиной, почему к нему почти постоянно человек прибегает. Это происходит автоматически, а не умышленно. В ситуациях, когда не ясны пути решения, этот режим может привести к порочному кругу деятельности, который в большей степени ухудшает ситуацию.

Одной из форм режима действия является депрессивный режим, который активируется в момент угрозы рецидива депрессии. Человек обращает внимание на то, что он плохо себя чувствует. Автоматически запустится режим действия: человек начинает думать, что он сделал не так и что он должен сделать, чтобы чувствовать себя лучше. Эта руминативная реакция приводит, как мы видели, к углублению депрессии.

Режим бытия трудно описать, так как не предполагается достижение какой-либо цели. Отсюда следует, что нет необходимости постоянно оценивать «Как у

меня это получается?» и не обязательно сравнивать текущее и желаемое состояние. Вместо этого человек должен сосредоточиться на принятии того, кем он является, и быть в согласии с тем, кто он есть, не пытаясь ничего изменить. Если мы не будем сравнивать текущее и желаемое состояние, мы можем полностью сосредоточиться на том, что на самом деле. Мы е думаем только о настоящем, о каждом моменте нашей жизни. Режим бытия, таким образом, характеризуется прямым, непосредственным и интимным опытом настоящего времени.

Это включает изменение отношения к своим собственным мыслям и эмоциям. В то время как в режиме действия некоторые эмоции классифицируются как негативные, а другие как позитивные, а цель состоит в устранении первых и поддержании вторых, в режиме бытия эмоции воспринимаются как звуки или другие проявления опыта настоящего времени. Это временные мысли, которые появляются, а затем снова исчезают. В режиме бытия мысли и эмоции не приводят к автоматической реакции. Человек учится переносить неприятные эмоции, мысли и чувства. Мысли типа «сделай то, сделай это» воспринимаются только как мысли, на которые реагировать не обязательно.

Осознанность

Чтобы освободиться от режима действия» и перейти в режим бытия надо сосредоточить свое внимание на текущем процессе и в полной мере осознавать это присутствие. Для описания этой сосредоточенности авторы используют слово *mindfullness*, которое с определенной степенью неточности можно перевести как *осознанность*. Быть осознанным — значит обращать внимание особым образом — умышленно, в настоящем времени и без оценки.

Ключевым навыком, которому обучает программа «Профилактика депрессии с помощью осознанности», является способность в настоящий момент времени осознать надвигающийся рецидив депрессивного психического режима, который включает повторяющиеся негативные мысли, и способность купировать этот режим. Участники программы, следовательно, учатся осознавать состояние собственных мыслей и переходить от режима действия в режим бытия. В режиме бытия они воспринимают свои депрессивные мысли как бы на расстоянии, поэтому им меньше грозит рецидив депрессии.

Основным средством для достижения способности изменять психический режим тренировка внимания и внимательности. Как только человек решит, что именно и как долго он будет замечать, он получит в руки своеобразный рычаг переключения скоростей, позволяющий менять состояние психики в зависимости от потребности.

По причине того, что люди в западной культуре имеют автоматизированный «режим действий», во время программы, этот режим возникает снова и снова и это дает участникам возможность практиковаться, как его отключить и включить «режим бытия».

Практикой режима бытия участники занимаются между сеансами, во время формальных домашних заданий и повседневной деятельности. Важно, чтобы режима бытия не совпадала с режимом действия, с приложением усилий и оценкой «Так это и должно быть!»

В повседневной жизни необходимо достичь баланса между этими режимами, потому что режим действия включается автоматически. Человек имеет альтернативу и может решить, какой из психических режимов он выберет в той или иной ситуации.

Описание программы

В 8 групповых занятиях (каждое по 2,5 ч.) принимают участие 12—15 пациентов и один инструктор. Программа имеет характер обучающего курса. Участники в период между сеансами каждый день проводят регулярные физические упражнения (45—60 мин), получают письменный материал для обучения, формы для записи домашних заданий и магнитофонные записи с инструкциями.

Инструктор выполняет с членами группы все упражнения, а также ежедневные медитативные упражнения, с помощью которых переносит свой опыт осознанности в программу.

Для начала участники должны уяснить разницу между обычной и осознанной деятельностью. В качестве упражнения, участники сосредоточенно смотрят на изюм, потом съедают его, затем рассказывают о своих ощущениях.

Другим упражнением для развития осознания является изучение ощущений в теле. Участники в течение 45 мин изучают любую часть своего тела и осознают какие ощущения, они испытывают. Если участник при выполнении этого упражнения осознает, что он думает о чем-то постороннем, ему необходимо вернуться к физическим ощущениям. После каждого упражнения участники получают домашнее задание — выполнять это упражнение каждый день используя инструкции с магнитофонной кассеты. Следующее домашнее задание состоит в выборе обычной повседневной деятельности (например, чистки зубов) и выполнении ее осознано, т. е. с полной сосредоточенностью и без оценки.

На следующих сеансах участники осознают собственное тело, а также учатся использовать дыхание для закрепления своего внимания: проводят трехминутное осознанное дыхание неоднократно, по несколько раз в течение дня. Они также осознанно выполняют повседневные действия (такие как ходьба).

Во время изучения физических ощущений участники должны осознавать свои мысли и эмоции. Если их мысли блуждают, то надо осознать их, а затем спокойно вернуться к наблюдению своего тела. Изменить отношение к собственным мыслям — значит воспринимать их как события в мыслях, которые возникнут, привлекут внимание, а затем исчезнут, при условии, что мы не позволим им нас захватить. Одно из ключевых положений программы: «Все мысли являются только событиями в моей голове — даже те, которые ими не являются». С мыслями человек не должен спорить, опровергать их и заменять, но должен их заметить и принять Следующее домашнее задание состоит из осознания и записи сначала приятных событий, а потом и неприятных событий (что произошло, какие появились эмоции, мысли, физические ощущения).

Постепенно участники будут в состоянии осознавать свои АНМ и связанные с ними эмоции научатся оставаться с ними, вместо того чтобы бежать от них или. Речь идет о позиции принятия и смирения, без оценки «это хорошо» или «это плохо». Такая позиция по отношению к негативным мыслям и эмоциям поначалу для участников очень необычна, поэтому ей обучаются в сочетании с осознанным ды-

ханием и осознанием физических ощущений. При этом они говорят себе: «Все в порядке. В любом случае все в порядке». Овладение такой позицией открытого принятия негативных эмоций и мыслей трудно. Это требует повторных упражнений, направленных на осознание текущего опыта. На практике, используется ряд метафор, например, сравнения ума с небом, по которому плавают облака мыслей и эмоций, некоторые из их них белые, другие — черные. За ними нужно наблюдать, потому что облака меняются, в то время как небо остается. При наблюдении за своими мыслями происходит повторение многих из них, поэтому теряется эмоциональная сила («О, это снова мой старый друг. Я бесполезен, ничего не имеет смысла»).

На предпоследнем сеансе участники, на основе сознательного наблюдения за своими мыслями решают, оставить их или что-либо с ними сделать. Главное, что они действуют сознательно, а не автоматически. Они должны задуматься о деятельности, которая улучшает их настроение, составить список дел, перечень предупредительных признаков грядущей депрессии, план, что они будут делать в случае возникновения симптомов. Письмо с планом необходимо запечатать и открыть в случае надобности.

На заключительном сеансе участники (помимо медитативных упражнений — наблюдения за физическими ощущениями) должны просмотреть свои планы на случай угрожающего рецидива депрессии и отметить медитативные упражнения. В конце сеанса инструктор дает каждому участнику памятный предмет (камень, шарик или палку), который надо осознанно изучить (как изюм в начале курса).

В рамках сеанса участникам читают стихи и показывают видео о медитации.

Результаты

В исследовании с участием 145 пациентов, перенесших сильную депрессию, но у которых хотя бы 3 мес. депрессия отсутствовала, их разделили на группы с терапевтической программой и с обычным лечением. В данном исследовании проводилось наблюдение за рецидивом депрессии в течение 60 недель (около 14 мес.). В группе пациентов, которые прошли 8-недельную программу профилактики рецидива депрессии, это ухудшение произошло у 37 % больных, а в группе, получавшей обычное лечение, — у 66 %. Интересно, что программа профилактики более эффективна для пациентов, которые до лечения имели 3 и более эпизода депрессии, в то время как у пациентов, которые перенесли 1—2 эпизода депрессии, снижение частоты рецидивов не проявилось. Эти пациенты имели частоту рецидивов в группе больных, получавших обычное лечение, 31 %, так что эффект от 8-недельной программы в группе лечащихся не мог проявиться в значительной степени. Авторы пришли к выводу, что для пациентов, которые имели 3 или более эпизода депрессии и лечились только с помощью антидепрессантов, 8-недельная программа повышения уровня осознания снизила риск рецидива в течение года после его завершения более чем наполовину. Однако он не подходит для пациентов с острой фазой депрессии.

8.1.1.4.6. Проблемы в лечении депрессивных расстройств

Домашние задания при КБТ депрессии

Систематически домашние задания являю наиболее важной частью КБТ. Они предназначены для переноса усвоенных на терапевтическом сеансе знаний в по-

вседневную жизнь, проверки конкретных предположений и ожиданий пациента в реальных ситуациях. Задания должны быть конкретными, специфическими и информативными, затем с ними можно работать. Они важны, поскольку повышают самостоятельность пациента, он узнает адаптивные способы поведения, ослабляющие малоадаптивные модели мышления (пациент их осознает и, таким образом, может изменять), усиливают самоизменение пациента, понимание собственных проблем и возможности их решения.

Пациент должен знать о следующих фактах, которые снижают эффективность терапии:

1) невыполнение домашних заданий;
2) пациенты при выполнении домашних заданий думают о других вопросах;
3) отрицание достигнутого улучшения;
4) мысли о том, что домашнее задание бесполезно;
5) неумение выполнять домашние задание полностью.

Взаимное сотрудничество между пациентом и терапевтом — это эксперимент, в котором каждый результат важен. Нет хороших или плохих результатов.

Разговор с пациентом о домашнем задании:

Пациент: *Выполнение этого задания все равно ничего не даст.*

Терапевт: *Я рад, что вы это говорите. Очевидно, что вы можете думать самостоятельно. Нет причин, почему вы должны мне верить только потому, что я это говорю. Кроме того, даже я не на 100 % уверен, в успехе. Но я полагаю, что вам это могло бы помочь. Я хотел бы проверить это предположение с вашей помощью.*

Пациент: *Что вы имеете в виду?*

Терапевт: *У меня есть предположение, что выполнение домашних заданий поможет. У вас есть предположение, что оно вам не поможет. Я не знаю, какое из этих предположений верно. Вы это знаете?*

Пациент: *Нет.*

Терапевт: *Тогда я предлагаю провести эксперимент. Вы неделю будете собирать необходимые данные, а затем посмотрим, какое предположение оказалось верным. Вы это понимаете?*

Сложность домашних заданий должна соответствовать состоянию пациента. Еще во время сеанса необходимо подумать о возможных проблемах. Желательно написать содержание домашних заданий в двух экземплярах — для пациента и терапевта.

Одной из форм домашнего задания является библиотерапия. Пациент должен прочитать определенный текст или книгу, связанную с его проблемами. Другим вариантом является предоставление пациенту записи сеанса для того, чтобы несколько раз прослушать ее дома. Подходит запись сеансов, в которых терапевт объясняет пациенту цели и принципы терапии, а также смысл выполнения домашних заданий.

Все выполненные задания рассматриваются в начале каждого сеанса, новые упражнения определяются в конце встречи. При невыполнении домашнего задания необходимо выяснить, было оно непонятно пациенту, считает он его бесполезной работой или не стали причиной непредвиденные обстоятельства. При

оценке домашнего задания надо оценить усилие, которое приложил пациент. Результат менее важен. Частично выполненное домашнее задание мы оцениваем в качестве удачной попытки, а не в качестве неудачи. Вспомогательные действия для выполнения домашних заданий: выделение времени, самоинструктаж, самоободрение, самовознаграждение.

В исключительных случаях можно использовать отрицательные санкции за невыполнение домашнего задания (штраф, выполнение нелюбимой работы и т.д.).

Пассивность, избегающее поведение, пессимизм

Метод: Классифицированная постановка задач

Депрессивные пациенты реагируют на успех сильнее, чем люди, которые этому не подвержены. Им необходимо выполняемое упражнение, даже если они изначально думают, что не справятся с ним. Упражнение следует формировать так, чтобы можно было четко определить степень его выполнения («прочитать рассказ, застелить кровать» и т.д.). Постепенно пациент будет справляться с более сложными задачами и самостоятельно оценивать успешность их выполнения. Терапевт должен подчеркнуть, что результат зависит от пациента.

Пессимизм, пассивность и отсутствие оценки

Метод: Идентификация дисфункциональных мыслей

Если мы предлагаем выполнить пациенту определенную работу, которую он выполнять не хочет, надо обсудить ее с ним заранее, шаг за шагом: что он сделает в первую очередь, что во вторую и т. д. При этом мы узнаем, что препятствует, рассмотрим его мысли и предложим альтернативные варианты.

Печаль

Это вариант воздействия в воображении, направленного на подавление чрезмерной печали. Мы подводим пациента к многократному и длительному контакту с раздражителями, которые в нем вызывают воспоминания об умершем как в воображении, так и в реальности.

68-летняя женщина впала в депрессию около полугода назад после смерти мужа, который страдал от прогрессирующей деменции. В последние годы уход за больным способствовал абсолютной изоляции пациентки. Были ярко выражены симптомы: глубокая печаль, сильное чувство вины и беспомощности. Первым шагом терапии была помощь пережить горе, потому что печаль была блокирована гневом, который она чувствовала к мужу. Вторым шагом было создание круга интересов и новых отношений, которые заменили бы те, которые она утратила.

Необоснованные негативные мысли

Метод. Два столбца

В первый столбец пациент записывает свои АНМ, во второй — разумный ответ, который он формулирует самостоятельно, а терапевт ему в этом помогает, задавая соответствующие вопросы.

Метод. Три столбца

В первый столбец пациент записывает ситуацию (событие), во второй — собственную негативную интерпретацию, а в третий — альтернативный вариант интерпретации (при необходимости с обозначением логической ошибки в мышлении).

Когнитивная технология искажений

Метод. Три столбца

При возникновении мыслей, которые напрямую не связаны с конкретными событиями, пациент в первый столбец записывает АНМ, во второй — вызванную эмоцию, а в третий — разумный ответ, который может сформулировать как реакция постороннего наблюдателя.

Безнадежность, суицидальные наклонности

Метод. Изучение альтернативных вариантов

Специфическая техника. Рассмотреть основные предположения и их критическое исследование, чтобы пациент смог осознать свою иррациональность («Без мужа моя жизнь не имеет смысла. => Если меня не любят, моя жизнь не имеет смысла»).

Искаженная дисфункциональная система убеждений

Метод. Тестирование основных предположений

Иногда пациент настолько твердо придерживается своего убеждения, что его трудно разубедить в ходе простого разговора. Может помочь гипотеза, которую затем мы протестируем бихевиоральным методом («Я неспособна. Это умеет делать каждая женщина»).

Бихевиоральный тест. Спросить определенное количество женщин, умеют ли они это делать и получается ли это каждый раз.

Тирания «я должен» и «я обязан»

Метод. Модификация мысли «я должен»

Депрессивные пациенты обычно создают правила, которых они пытаются строго придерживаться, и постоянно сравнивают то, что на самом деле делают, с тем, что они должны делать. Так как они не всегда выполняют свои намерения, у них возникает чувство вины. Часто они убеждены в том, что эти правила распространяются на всех людей, что другие их выполняют лучше.

Методы к модификации «Я бы»:

а) ролевые игры

Пациент применяет свои правила в конкретной ситуации или при общении с другими людьми, а затем получает обратную связь. Желательно, чтобы он испытал, каково — действовать против своих правил, и узнать, насколько его опасения по поводу их несоблюдения оправдались;

б) обмен ролями

Пациент играет роль своего руководителя или коллеги, а терапевт играет роль пациента. По завершении действия пациент оценивает свои действия с позиции наблюдателя;

в) изучение последствий после нарушения правил

Выполняем в воображении или в качестве бихевиорального эксперимента. Необходимо сосредоточиться на предположении, как будут реагировать другие люди, как долго их реакция продолжится, что это значило бы для пациента;

г) изучение, когда и в какой степени действуют правила

Пациент вспоминает различные ситуации в своей жизни, а затем применяет к ним выбранное правило. Надо расставить ситуации зависимости от

того, какое правило больше соответствует в данному случаю (например, правило «Никогда не жалуйся, иначе тебя люди не будут любить» в ресторане, в магазине, на работе, дома);

д) акцентирование с использованием выражений «я бы»

Терапевт записывает эти выражения во время сеанса, а затем читает их пациенту. Пациент по необходимости самостоятельно записывает их в период между сеансами;

е) сравнение «я обязан» и «я должен» с потребностями пациента

Терапевт обсуждает с пациентом, что он действительно хочет и в какой степени учитывает это в своих действиях;

ж) подсчет «я бы»

Пациент подсчитывает количество заявлений с «я бы», которые ему автоматически придут в голову в течение определенного времени.

Ненависть к себе

Техника. Сформулировать реалистичные критерии успеха

Пациенты, страдающие депрессией, всегда ориентированы на успех и любую неудачу воспринимают как полный провал. На сеансе необходимо основательно проанализировать критерии, по которым пациент оценивает свой собственный результат, для того чтобы узнать, насколько они реалистичны и обоснованы.

Чрезмерная самокритика

Техника. Диспозиционная атрибуция?

Пациенты, как правило, имеют склонность брать на себя ответственность за все неудачи и в то же время преуменьшать свои достижения. Чтобы справиться с этой проблемой, терапевт может использовать методы, которые приведут пациента к успеху. Можно поставить под сомнение предположение пациента о том, что только он полностью отвечает за все неудачи и проблемные ситуации. Это, в основном, должно быть связано с событиями, в которых пациент сам себя обвиняет. Затем вместе с терапевтом они исследуют, насколько решение проблемы зависело только от него.

Методы дисатрибуции.

- Пациент учится различать события, на которые он имеет определенное влияние, и те, на которые он повлиять не может.
- Выяснение, в чем пациент чувствует чрезмерную ответственность (работа, дом, воспитание детей).
- Сбор данных о конкретных событиях.
- С помощью записи деятельности выяснение, в каких именно ситуациях пациент берет на себя чрезмерную ответственность, которую можно поставить под сомнение.

Оспаривание чрезмерного чувства ответственности. Мы спрашиваем: «Вы уверены, что это была только ваша вина?», «Как вы на самом деле могли повлиять на исход этого события? Мог ли на это событие повлиять кто-то другой?» Мы учим пациента осознавать чрезмерность принятия ответственности.

- Реалистичная оценка меры ответственности. Анализируем все факторы,

влияющих на конкретные события. В то же время мы оцениваем относительную долю отдельных факторов (например, в форме кругового графика). Затем мы просим пациента оценить, как он мог повлиять на каждый из этих факторов. Впоследствии мы сможем предположить, каков был бы результат события, если бы пациент отстранился ответственности за него.

Идентификация долгосрочных последствий, основанных на тенденции пациента брать на себя чрезмерную ответственность. После того как изучены случаи неоправданного принятия ответственности, терапевт может преподнести их пациенту в такой форме, как будто оценивающей был третий человек. Затем пациент должен сформулировать скрытые предположения (позиции) этого человека («Я должен всегда, всем и во всем подчиняться»).

- Реальная оценка степени личной ответственности. Если пациент считает, что никогда не имеет 100 % ответственности за события, проблемы и недостатки, необходимо, чтобы он научился реально оценивать личную ответственность. Возможен разговор пациента об ответственности с людьми, которым он доверяет. Он также может попробовать в конкретной ситуации отстраниться и посмотреть, что произойдет в этом случае; или может ограничить свое воздействие на ситуацию и посмотреть, в как изменится результат.

Когнитивное искажение. Логические ошибки в мышлении:

А. Сверхобобщение

Невысказанное предположение. «То, что действует в одном случае, действует во всех похожих случаях».

Терапевтические методы: разъяснение ложной логики, установление критериев относительной схожести случаев, обсуждение темы различия людей и ситуаций.

Б. Искаженный отбор фактов

Невысказанное предположение. «Я всегда должен удовлетворять ожидания и запросы других людей. Я должен оценивать себя на основе своих недостатков».

Терапевтические методы: С помощью дневника указать на достигнутые успехи, бихевиоральным методом изучить скрытые предположения

В. Персонализация, принятие на себя чрезмерной ответственности

Невысказанное предположение: «Я виновник всех неудач, ошибок и несчастий».

Терапевтические методы: дисатрибуция.

Г. Необоснованные выводы и прогнозы

Невысказанное предположение. «Если так было раньше, так будет и всегда».

Терапевтические методы: разъяснение ложной логики, анализ факторов, которые в прошлом повлияли на исход событий; новые факторы, которых в прошлом не было.

Д. Восприимчивость

Невысказанное предположение. «Я центр негативного внимания других».

Терапевтические методы: определение критериев внимания других к пациенту, исследование того, какое поведение пациента вызывает негативное внимание.

Е. Пренебрежение своими потребностями

Невысказанное предположение. «Если я хочу, чтобы другие любили меня, я должен исполнять их пожелания, потребности и ожидания».

Терапевтические методы: обсуждение невысказанного предположения, смена ролей в сцене, в дискуссии.

Ж. Обозначение, ввод в действие негативного конструкта

Иногда целесообразно, чтобы пациент конкретно определил термин или слово, которое он использовал. Например, пациент может сказать о себе: «Я трус». При более подробном объяснении трусость может означать, что кто-то не защищается, когда подвергается нападению. Затем терапевт с пациентом тестируют события в прошлом, которые могли бы свидетельствовать за и против этого обозначения.

Пессимизм и отсутствие мотивации (предсказание будущего на основе прошлого опыта)

Пациенты, страдающие депрессией, часто видят свое будущее безнадежным. При этом они основываются на том, что им до настоящего времени мало что удавалось, и предполагают, что так будет и дальше. У пациентов с тяжелой степенью депрессии их прошлое — это начало их депрессии. Терапевт должен выяснить, чем пациент *мог заниматься до депрессии.* Кроме того, терапевт отмечает, что будущее не может быть продолжением прошлого, так как оно зависит от действий пациента, который создает его самостоятельно, т. е. не является пассивным объектом.

Преодоление страха

При отступлении депрессии у пациентов довольно часто появляется тревога или страх, которое потом они часто объясняют как депрессию.

Метод «Что произойдет, если ...»

В дискуссии или в представлении пациент уточняет возможные последствия некоторых событий или одного из своих действий. Он их сравнивает их со своими автоматическими катастрофическими предсказаниями.

Метод «Докажите мне, что катастрофа произойдет на самом деле»

Терапевт просит пациента обосновать ему, почему должна произойти катастрофа, которой он опасается. Затем они изучают вероятность отдельных приводимых факторов.

Терапевт может обратить внимание пациента на то, что он абсолютно без страха выполняет действия, которые объективно более рискованны (курит, ест, поднимается по лестнице и т.д.).

Другие методы

Использование фантазии и воображения в терапии. Если мы попросим пациента представить ситуацию, которая вызывает в нем тревогу или депрессию, то сможем выяснить его убеждения и опасения. В следующих упражнениях катастрофические (дисфункциональные) представления можно заменить на более реальные понятия. Пациент будет вести себя по-другому.

Методы подсчета. Попросим пациента фиксировать определенные АНМ черточкой на бумаге, перекладыванием спичек из одного кармана в другой и т.д. Пациент, таким образом, сможет понять, как определенные мысли влияют на его на-

строение и поведение. Если частота определенной АНМ очень высока, пациент может записывать ее в течение короткого времени.

При использовании этого метода пациент должен принять следующие правила:

1. Даже если подсчет АНМ не приведет к облегчению, пациент не надо делать вывод, что метод не подходит.
2. После подсчета он не должен себя обвинять в высокой частоте АНМ.
3. Если после нескольких дней с уменьшенным количеством АНМ их число снова возрастет, пациент не должен делать вывод, что лечение не имеет смысла.

Следующее применение подсчета:

1. Пессимистичных пациентов попросим посчитать, как часто они оценивают будущее как продолжение прошлого.
2. Иногда АНМ вызывают определенные стимулы, например, встреча с партнером, начальником. Тогда мы просим пациента считать АНМ именно в этих ситуациях.
3. Пациенты часто сравнивают себя с другими людьми. Это сравнение для них всегда отрицательное. Мы просим пациента посчитать, как часто они себя сравнивают с другими людьми.

Борьба с суицидальными наклонностями

Остро суицидальные пациенты требуют специального медицинского обслуживания. Самоубийство часто ассоциируется с немедленным решением. С каждым пациентом, страдающим депрессией, необходимо обсудить эту тему и при подозрении угрозы самоубийства больного госпитализировать. Специфические факторы, которые увеличивают угрозу самоубийства:

1. наследственность — семейная тенденция к суицидальным действиям, которые не зависят от тяжести депрессии;
2. анамнез импульсивных и насильственных действий — ранняя тенденция к импульсивным поступкам (самоповреждение, нападение на других);
3. высокий уровень враждебности;
4. высокий уровень тревоги;
5. содержание, конкретность и примитивность фантазий и планов. Пациент должен выражать свои суицидальные представления как можно подробнее и конкретнее. Выражение мыслей о самоубийстве может иметь катарктический эффект. Чем более конкретны и примитивны фантазии, тем больше риск. Люди, которые думают о самоповреждении, часто бывают импульсивными;
6. предыдущие попытки суицида — это важный критерий вероятной угрозы.

В случае острой потребности пациента совершить самоубийство необходимо закончить терапевтический нейтралитет. Пациент должен быть госпитализирован. Суицидальные пациенты страдают от «тоннельного зрения», т. е. видят только один выход. Мы должны говорить пациенту, чтобы он отсрочил самоубийство, даже если он находится в закрытой палате, где риск суицида значительно меньше. Каждая его отсрочка уменьшает соблазн, а главное, позволяет выиграть время для врачебного вмешательства.

Наиболее важной причиной суицидального поведения является безнадежность. Поэтому, первой задачей терапевта является как можно быстрее умень-

шить эту безнадежность пациента и попытаться довести до него следующие суждения:

а) жизненную ситуацию и будущее пациента можно оценить другим способом (альтернативная оценка);

б) у пациента есть решить проблемы, кажущиеся в текущей ситуации тупиковыми.

Этот терапевтический подход называется «исследование альтернативных методов».

Пациент, как правило, попадает в порочный круг необоснованных выводов. Свои предположения и убеждения он не исследует, считая их само собой разумеющимися. Главная задача терапевта — подвести больного к тому, чтобы он задумался о достоверности своей оценки ситуации и о том, может ли эта ситуация быть оценена и решена другим способом. Надо использовать информацию, которую нам предоставит сам пациент, и указать на любые ее расхождения (например, «Без X моя жизнь не имеет смысла. Были времена, когда я жила без X, и я не была в депрессии»).

Мотивацию суицидальных тенденций можно условно разделить на две категории:

1) вырваться из, казалось бы, неразрешимой ситуации («побег»),

2) попытаться изменить межличностные отношения («манипуляция»).

Речь может идти о комбинации этих категорий. Если мотивом пациента является «побег», то мы должны снизить безнадежность и назвать альтернативные варианты. Если мотивом является «манипуляция», то мы должны проанализировать отношения пациента и возможность их рационального изменения другим способом, чем самоубийство. С пациентом необходимо детально обсудить его суицидальные наклонности. Терапевт должен выяснить, какие способы решения своей проблемы пациент уже попробовал, или думал о них. Эти варианты надо обсудить с пациентом еще раз, чтобы выяснить, почему он отклонил их и можно ли их использовать. Пациента следует привести к тому, чтобы он увидел разницу между фактами и мыслями, попытался решить свою проблему по-другому или изменил свою оценку ситуации.

Меланхолия

Если депрессия достигает глубины меланхолии, специфически направленная психотерапия не представляется возможной. Пациент нуждается в срочной госпитализации и лечении психотропными препаратами в сочетании с поддерживающей психотерапией. Большое значение для пациента имеет принятие его состояния. Врач не должен искусственно подбадривать пациента или давать ложные заверения, к которым меланхолик особо чувствителен. Важно выслушать пациента без признаков нетерпеливости (пациент это принимает на свой счет, иногда задавая вопросы. Разговор направлен в большей степени на ориентацию, чем на интерпретацию. Человеческое участие помогает пациенту частично удовлетворить потребность в понимании и поддержке. Терапевтическое присутствие необходимо даже тогда, когда пациент включит нас в свои пренебрежительные тенденций. Тот факт, что мы с ним встречаемся, заполняет его временную пустоту. Аналитическая (безучастная) позиция не допускается. Пациент, как правило, неспособен выдержать терапевтическое молчание, потому что оно воспринимается

как угроза. Он должен, наоборот, увидеть в терапевте внимательного и положительно эмоционального человека. При лечении психофармакологическими препаратами важно показать пациенту, что мы проявляем интерес к его личности в целом, к его чувствам и мыслям. Если у пациента сложится впечатление, что мы только медицинскими препаратами улучшаем его состояние, он будет чувствовать себя отвергнутым и непонятым.

При меланхолии человек чувствует, что болезнь возникла без психологических причин. Но когда терапевт его спрашивает о ситуации, шаг за шагом начинают появляться важные аспекты. Депрессивные люди имеют тенденцию к нереалистичным ожиданиям со стороны терапевта. Часто случается, что они впадают в отчаяние, когда узнают, что их состояние изменится не сразу.

При проведении разговора хорошо использовать принципы Роджерса — эмпатические заметки, резюме и выражение чувств пациента. Плач и сильное эмоциональное возбуждение врач должен принять как нормальное явление, однако не надо заставлять пациента управлять своими эмоциями или применять к нему репрессии. Не нужно волноваться, что мы обидим больного и сделаем ему больно тем, что усилим его страдания разговором о чувствительной теме. Отреагирование эмоций в глубокой депрессии приводит краткосрочному облегчению и почти всегда к углублению отношений. Таким образом, надежда пациента на выздоровление усиливается.

8.1.1.5. КБТ и психофармакотерапия при депрессивном расстройстве

Фармакологические и психотерапевтические подходы являются взаимодополняющими, тем не менее их применение может отличаться (Janicak, 1999). При приеме лекарств можно контролировать острые симптомы депрессии и риск ее рецидива. Психотерапия улучшает социальную и трудовую адаптацию пациента, улучшает его сотрудничество, помогает решать его межличностные проблемы и снижает уязвимость по отношению к стрессу (Praško a Šlepecký, 1995).

8.1.1.6. Казуистика — депрессивное расстройство

Петр преподает в университете. Ему 50 лет. Депрессию он испытывает первый раз в жизни. Болезнь неожиданно появилась осенью. Летом того же года он довольно легко пережил внезапную смерть отца, устроил его похороны и решил все вопросы по поводу наследства. У Петра создалось впечатление, что депрессия пришла из ниоткуда, он просто внезапно перестал ночью хорошо спать, просыпаться около 3 ч утра, во всем теле чувствовал сильную усталость, должен был себя заставлять, чтобы выполнить какую-либо работу, страдал от потери аппетита, запоров и головной боли. Работа и хобби его перестали интересовать, он не мог сконцентрироваться на чтении. Даже повседневная работа требовала больших усилий. Он начал себя обвинять в своей неспособности, во всем видел только свои неудачи. Терапевт и невропатолог не выявили у него заболеваний, оба предложили обратиться к психиатру. Но ему было стыдно к нему идти.

Чрезмерная усталость чередовалась с высоким напряжением, Петр не знал, что делать. Даже если он начинал заниматься какой-либо работой, не мог ее

закончить. Через месяц он почувствовал, что потерял всю энергию. На работе был не в состоянии что-либо делать, дома просто лежал в постели. В сексуальном плане стал сдавать. Она упрекала Петра в том, что он не помогает ей с детьми, ленится. В начале декабря Петр не смог выйти на работу. Он взял отпуск, лежал дома. После 2 мес. мучений Петр обратился к психиатру. В то время он уже испытывал глубокую депрессию, не хотел жить, был убежден, что всем в тягость, что как отец, муж и сотрудник не состоялся. Петра из-за тяжелой депрессии отправили в психиатрическую больницу. При осмотре психиатр установил следующее. Отец Петра тоже преподавал в институте. Мать была домохозяйкой. Они жили в деревне недалеко от областного центра. Отец содержал семью и деспотически управлял ею. Мать и дети боялись его. Когда Петру было 3 года, у него родилась сестра. С момента рождения девочка часто болела, мать перестала уделять Петру должное внимание. Петру было плохо в детском саду: он постоянно искал мать и не понимал, почему она посвящает сестре больше времени, чем ему. Поэтому он часто злился, плакал, а иногда кричал на сестру. Из-за гневных выходок родители часто наказывали его. В те редкие моменты отец, учил его самостоятельности и мужеству. Обучение сводилось к тому, что он ругал мальчика за трусость, а затем отправлял в сарай за дровами. Петр очень боялся находиться один в сарае, но еще больше боялся побоев отца. Обучение независимости состояло в том, что Петр, будучи дошкольником, должен был ходить в магазин за покупками. Позже отец заставлял его сидеть над задачами, которые иногда проверял и, если что-то было неправильно либо не решено вовремя, кричал на него. В остальном, отец игнорировал его. Он приходил домой, требовал абсолютного спокойствия, так что семья ходила на цыпочках, никто не имел право включить радио или телевизор. Отец курил трубку и выпивал пол-литра вина — отдыхал, затем ужинал и критиковал мать и детей. Постоянно всем говорил, как и что им необходимо сделать, иначе для них все плохо закончится. Облегчением было, когда он начинал проклинать коммунистов. Наибольший акцент отец делал на способностях Петра. К дочери он предъявлял намного меньше претензий и относился к ней лояльно. Петр восхищался отцом, но ужасно его боялся. Мать он любил, но одновременно презирал. Он видел, как отец обращается с ней. Сестру он вначале очень ревновал к родителям, но под их влиянием стал заботиться о ней, потому что родители хвалили его за это. Когда он пошел в школу, родилась вторая сестра. Когда он о ней заботился, его приводили в пример другим детям. Это было одной из немногих наград, которые он получал. Такое воспитание закрепило у Петра основные внутренние установки:

Я и мои потребности ничего не значат. Если я что-то захочу, то буду эгоистом, и никто не будет меня любить.

Если я буду все, исполнять желания других людей и заботиться о ком-либо, меня оценят (а может быть, даже полюбят).

Я трусливый и несамостоятельный. Мне нужно, чтобы кто-то мудрый (отец) меня направлял.

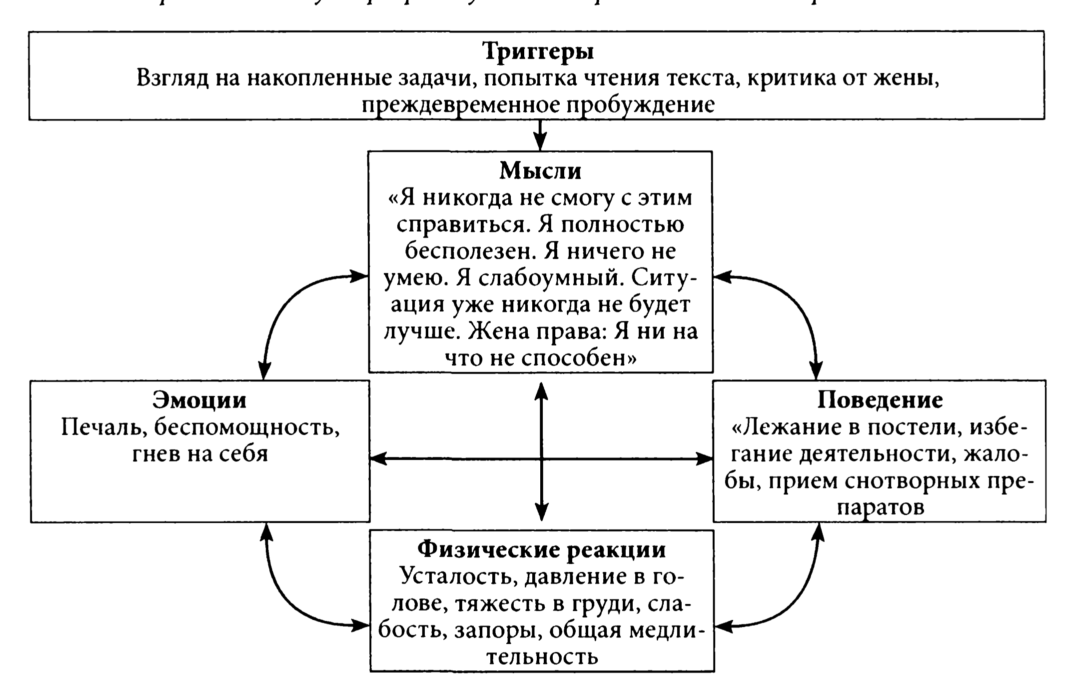
Я всегда должен стараться быть более способным, нравственным и совершенным.

Даже малейшая ошибка сурово наказывается.

В школе Петр учился на «отлично», редко получал четверки (в аттестате у него не было четверок) и за них наказывался отцом. Хотя учеба давалась ему без труда, он «на всякий случай» много учился. Спокойно прошел период полового созревания. Пренебрежение к отцу он старался не осознавать (отец имел в это время любовницу), однако у него не хватало смелости заступиться за мать. Он не разделял непокорности одноклассников по отношению к учителям, так как не имел желания бунтовать, с другой стороны, пытался ладить с одноклассниками, так как боялся, что окажется в стороне от коллектива. Остальные считали его запуганным, что только укрепило его собственную трусость, внушенную отцом. Потом он научился хорошо играть в волейбол, что значительно повысило его престиж. Перед девушками он был очень застенчив, не знал, о чем с ними говорить. Ему казалось, что девушки после общения с ним почувствуют, что он глупый и трусливый, как ему всегда внушал отец. В гимназию Петр поступил без проблем, попал в юношескую сборную. Чтобы расположить к себе девушек научился играть на гитаре и стал ездить вожатым в пионерские лагеря. Его комплексы исчезли; наоборот он начал вести себя самоуверенно и даже дерзко. Соблазнять девушек вдруг стало легко, он не мог насытиться. После окончания гимназии Петр поступил на факультет машиностроения, где когда-то учился его отец. Петр продолжал вести разгульную жизнь и менял девушек, однако уже не так активно занимался спортом, так как хотел получить красный диплом. Учась на факультете, где преподавал его отец, он не мог не иметь выдающихся результатов. При переходе из юниоров во взрослую группу его игра в волейбол уже не была такой исключительной. Он не смог смириться с этим и забросил спорт. Через год он встретил свою будущую жену Риту и влюбился в нее. Рита была целеустремленной девушкой, очень активной и в то же время довольно неуверенной. Под маской целеустремленности и активности скрывалось отсутствие уверенности в себе, хотя внешне она выглядела самодостаточной. После школы они поженились. У них родились сын и дочь. Рита ухаживала за маленькими детьми. Петр работал в качестве ассистента на факультете. Они едва сводили концы с концами Рита становилась все более раздраженной, Петра не оставляло растущее чувство вины. Из-за своих амбиций он не смел увольняться, так как должен был продолжить семейную традицию. Иногда Рита сравнивала его с другими мужчинами, которые зарабатывали больше денег. В эту ситуацию постоянно вмешивался отец, который настаивал, чтобы Петр, наконец, получил докторскую степень. Несмотря на огромный стресс, Петр без ущерба пережил этот тяжелый период. Отца он пытался избегать, дома был постоянно усталым и не противоречил Рите. После декретного отпуска она вышла на работу, денег стало больше, семейная обстановка нормализовалась. Дети пошли в школу, учились неплохо. Петр стал замечать за собой, что часто стал морализировать детей, заставлять их быть первыми в школе, в спорте, игре на скрипке и фортепиано. По отношению к сыну Петр был особенно резок. К родителям Петр ходил редко, оправдываясь тем, что у него много работы, но дело было в том, что он не хотел слушать упреки

отца по поводу его карьеры. Когда Петру было 49 лет, он не смог написать кандидатскую работу. С начала учебного года он испытывал чрезмерную нагрузку. В течение неполных 6 мес. умерли два друга его возраста. В это время Петр получил грант, чувствовал большую ответственность и постоянно находился в стрессе. Позже на кафедре образовалась вакансия доцента. Петру предложили это место. Но он постоянно думал об умерших друзьях, начал беспокоиться о своем здоровье. Внезапно умер его отец. Петр понял, что, вероятно, потерял самого важного человека в своей жизни, но все же не ощущал чувство потери. Как будто в трансе он похоронил отца, поблагодарил родственников и друзей за соболезнования, а затем потерял интерес ко всему. В течение 3 мес. после похорон, у него постепенно, развивалась глубокая депрессия. На работе он не мог сосредоточиться, а дома что-то делать. Время он проводил, думая о том, что может серьезно заболеть или внезапно умереть, например, от сердечного приступа. Вялость и бездействие чередовались с чрезмерной лихорадочной деятельности, которую он начинал и сразу бросал. Он становился все более раздраженным, постоянно ссорился с женой, злился на своих детей. Он мог необоснованно разгневаться из-за мелочей. Каждое утро он просыпался в 4 ч и испытывал сильное беспокойство о том, как переживет день. В этот период жена настояла на посещении психиатра.

В начале лечения Петру назначили в качестве антидепрессанта сертралин и психотерапевтическую программу. Он отобразил на схеме депрессивный опыт.



Постепенно Петр научился управлять своими депрессивными АНМ, находить конструктивные позиции по отношению к своей жизненной ситуации и отношениям в семье.

Пример записи АНМ за один день

Ситуация	Мысли	Эмоции	Рациональная реакция	Действие
Чтение газеты	Ничего не воспринимаю! У меня слабоумие!	Страх	У меня страх быть слабоумным, усугубляю его постоянными проверками того, что я помню, и в ужасе забываю обо всем. С другой стороны, нет никаких доказательств того, что это слабоумие.	Встану и помою посуду. В следующий раз я не буду себя необоснованно испытывать
Жена пришла с работы	Она со всем справляется и при этом еще отвечает за домашнее хозяйство! Я уже никогда не буду в состоянии работать! Она меня бросит!	Зависть Жалость к себе Беспомощность	Я не должен себя с кем-либо сравнивать, особенно, когда я в депрессии. Как я это могу знать? Работа у меня всегда хорошо получалась. Я себя излишне пугаю, ничего такого она не говорила	Перестану себя с кем-либо сравнивать и вместо этого скажу ей что-нибудь приятное. Я зайду на работу договориться о решении других задач. Я буду больше интересоваться ею и тем, как обстоят дела у нее на работе

Для Петра было важно смириться со смертью отца, которая стала непосредственным триггером (а не причиной) его депрессии. Петр написал отцу письмо, в котором признался во всех своих чувствах по отношению к нему — в ненависти, гневе, сожалении, но и в любви. Петр вспоминал все важные моменты своего детства. Он искренне плакал, а также злился на отца. После этого его состояние значительно облегчилось. Он выписался из больницы и продолжил лечение амбулаторно. С терапевтом они определили несколько проблемных областей.

Список основных текущих проблем Петра и их конкретизация

Проблема	Конкретизация проблемы
Конфликты между супругами	Мы соревнуемся с женой в том, кто будет решать финансовые вопросы, как проводить досуг, как правильно воспитывать детей
Сексуальная дисфункция	Примерно в 50 % попыток заняться любовью у меня отсутствует эрекция. Моя жена упрекает и обвиняет меня в неверности.
Страх решить проблемы первоначальной семьи (с матерью и сестрами)	После смерти отца чувствую ожидание, что должен стать главой первоначальной семьи, помогать матери, сестрам и их детям
Вспышки гнева на сына	Примерно 2 раза в неделю я срываюсь на сына, когда он меня отвлекает, задает мне вопросы или не выполняет какую-либо задачу. Часто кроме крика я наказываю его физически, потом себя за это виню
Отсрочка присуждения докторского звания	Еще 3 года назад мне должны были присвоить звание доктора наук. Никак не могу написать работу. За это меня критикует жена, начальник и коллеги. Я зол на себя, но я не могу заставить себя начать

Петр неоднократно говорил с начальником о своей ситуации и невозможности в данный период завершить докторскую диссертацию. Несмотря на ожидания, что руководство потребует эту работу, впоследствии выясни-

лось, что начальник до сих пор рассчитывает на него и понимает его положение. С ослаблением депрессии отступила и сексуальная дисфункция, и ситуация постепенно наладилась. Петр неоднократно говорил о своих чувствах к семье, с женой они обсудили свои отношения. Так как оба хотели делать карьеру, решили пойти на компромисс по ведению домашнего хозяйства и воспитанию детей. Значительно улучшилась и обстановка в семье. Страх решать проблемы своей первоначальной семьи оказался напрасным. Мать и сестры ничего от Петра и не требовали. Свои проблемы они решали сами. После длительного откладывания визита к матери Петр почувствовал значительное облегчение. Все были рады видеть его. Встреча была очень приятной. Спокойная атмосфера между супругами значительно способствовала тому, что Петр перестал срываться на сына. Оказалось, что он на самом деле к нему ревновал. Рита безумно любила сына, а Петру казалось, что она отдает большее предпочтение сыну, чем ему. Если вдруг случалось, что Петр снова начинал резко разговаривать с сыном, он научился извиняться. Вспышки гнева, однако, вскоре исчезли. Мужчины начали вместе заниматься спортом. Петр осознал, что не хочет вести себя с сыном так, как вел себя с ним его отец, и учил его в большей степени поддержкой, чем критикой. Что касается работы, через 3 мес. Петр вернулся в институт. Пока он «успешно откладывает» диссертацию, но договорился с руководством, что когда придёт время, постарается закончить работу.

Заключение

КБТ подходит для лечения депрессивных эпизодов легкой и средней тяжести, дистимии и депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства (БАР). Основой при острой симптоматике является психообразование, когнитивная реструктуризация с бихевиоральными экспериментами и планированием деятельности. Во время лечения важно добиться изменения в когнитивных схемах, практиковать решение проблем и улучшать социальные навыки. При тяжелых депрессивных эпизодах и депрессивных эпизодах БАР, необходимо комбинировать КБТ с приемом антидепрессантов.

Подробное описание КБТ депрессии содержит руководство Praško a Šlepecký (1995), применение групповой КБТ при депрессии описано в книге Praško и др. (1998). Описание КБТ при депрессии также есть в книге Praško и Kosová (1998).

Литература

Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale, J. D. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. J. Abnormal. Psychol., 1978, č. 87.

Agosti V., Ocepek-Welikson K. The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-on set chronic depression: a reanalysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J. Affect Disord., 1997, č. 43.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). Am. J. Psychiatry, 2000, č. 157 (suppl.).

American Psychiatric Association. Treating major depressive disorder. American Psychiatric Association Quick reference to the American Psychiatric Association practice guidelines. Compendium 2002. Washington: American Psychiatric Association, 2002.

Appleby L, Warner R., Whitton A., Faragher B. A controlled study of fluoxe tine and cognitive-behavioral counseling in the treatment of postnatal depression. Br. Med. J., 1997, č. 314.

Ashmore R. Cognitive therapy, Dissertation, Birmingham, 1993.
Bareš M., Praško J. Depresivní porucha// Seifertová D., Praško J., Höschl C. (eds.) Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Amepra, 2004.
Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. NY: Internal Univers. Press, 1976.
Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of depression. NY: Guilford Press, 1979.
Beck A.T. et al. Cognitive therapy of depression. NY: Guilford Press, 1979.
Beck A.T., Emery G., Greenberg R. L. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. NY: Basic Books, 1985.
Blackburn I. M. et al. A two year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and combination of both. J. Affect Dis., 1986, č. 10.
Blackburn I.M., Moore R.G. Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out — patients with recurrent depression. Br. J. Psychiatry, 1997, č. 171.
Coryell W., Akiskal H. S., Leon A. C. et al. The time course of non-chronic major depressive disorder: uniformity across episodes and samples. Arch. Gen. Psychiatry, 1994, č. 51.
Coyne J.C., Gotlib I.H. The role of cognition in depression: a critical appraisal. Psychol. Bull., 1983, č. 94.
DeRubeis R.J., Gelfand L.A., Tang T.Z., Simons A.D. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. Am. J. Psychiatry, 1999, č. 156.
Dobson K.S. A metaanalysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J. Cons ult. Clin. Psychol., 1989, č. 57.
Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. NY: Lyle Stuart, 1962.
Elkin I., Shea T.M. Watkins J.T. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Arch. Gen. Psychiatry, 1989, č. 46.
Evans M.D. Hollon S.D., DeRubeis R.J. et al. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, č. 49.
Fava G.A. Grandi S. Zielezny M. et al. Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. Am. J. Psychiatry, 1994, č. 151.
Fava G. A. Rafanelli C. Grandi S. et al. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. Arch. Gen. Psychiatry, 1998, č. 55.
Fennel M. Depression// Hawton, K. et al. (eds.) Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
Fišar Z. Afektivní poruchy// Fišar, Z., Jirák, R. (eds.) Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie. Praha: Grada, 2001.
Frank E., Kupfer D.J., Perel J.M. et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch. Gen. Psychiatry, 1990, č. 47.
Gaffan E.A., Tsousis I., Kemp-Wheeler S.M. Researcher allegiance and metaanalysis: the case of cognitive therapy for depression. J. Consult. Clin. Psychol., 1995, č. 63.
Gloaguen V., Cotraux J., Cucherat M., Blackburn I.M. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. J. Affect. Disord., 1998, č. 49.
Gruenberg A.M., Goldstein R.D. Mood disorders: Depression// Tasman A., Kay J., Lieberman J. A. (eds.) Psychiatry. Second edition. Vol. 2. Chichester: Wiley, 2003.
Hirschfeld R.M.A., Shea M.T. Affective disorders: Psychological treatment// Kaplan H.I., Saddock B. J. (eds.) Comprehensive textbook of psychiatry, 4th ed., Baltimore: William and Wilkins, 1983.
Hollon S.D., DeRubeis R.J., Evans M.D. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, č. 49.
Höschl C. Poruchy nálady: afektivní poruchy// Höschl C., Libiger J., Švestka J. (eds.) Psychiatrie. Praha: Tigis, 2002.
Janicak P. G. Handbook of psychopharmacotherapy. Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
Jarrett R.B., Rush A.J. Shortterm psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions. Psychiatry, 1994, č. 57.
Kasper S., Zohar J. Pharmacotherapy of unipolar depression// Kasper S., Zohar J., Stein D. J. (eds.) Decision Making in Psychopharmacology. London: Martin Dunitz, 2002.
Keller M.B., Hanks D.L., Klein D.N. Summary of the DSM-IV mood disorderfield trial and issue overview. Psychiatr. Clin. North. Am., 1996, č. 19.
Kelly G.A. The psychology of personal constructs. NY: Norton, 1955.

Klerman G.L., DiMascio A., Weissman M. et al. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. Am. J. Psychiatry, 1974, č. 131.
Kupfer D.J., Frank E., Perel J.M. et al. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. Arch. Gen. Psychiatry, 1993, č. 49.
Leahy R.L., Holland S.J. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. NY: Guilford Press, 2000.
Lecrubier Y., Sheehan D.V., Weiller E. et al. The MINI-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. Eur. Psychiatry, 1997, č. 12.
Lewinsohn P. M. Clinical and theoretical aspects of depression// Calhoun K. S., Adams H. E., Mitchell (eds.) Innovative treatment methods in psychopathology. NY: Wiley, 1974.
Lewinsohn P. M. The behavioral study and treatment of depression// Hersen M., Eisler R.M. and Miller P.M. (eds.) Progress in behavior modification, vol. 1. NY: Academic Press, 1975.
Lewinsohn P.M., Hoberman H., Teri L., Hautzinger M. An integrative theory of depression// Reiss S., Bootzin R.R. (eds.) Theoretical tissues in behavior therapy. NY: Academic Press, 1985.
Lewinsohn P.M., Youngren M.A., Grosscup S. J. Reinforcement and depression// Depue, R. A. (ed.) The psychobiology of depressive disorders: implications for the effects of stress. NY: Academic Press, 1979.
Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Zprávy č. 134, Praha: Psychiatrické centrum 1996.
Miller W. R., Seligman M. E. P. Depression and learned helplessness in man. J. Abnormal. Psychol., 1975, č. 84.
Možný P., Praško J. Kognitivně behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe. Praha: Triton, 1999.
Murphy G.E., Simons A.D., Wetzel R.D. et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy: single and together in treatment of depression. Arch. Gen. Psychiatr., 1984, č. 41.
O'Leary K.D., Beach S.R. H. Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. Am. J. Psychiatry, 1990, č. 147.
Paykel E. S., Ramana R., Cooper Z. et al. Residual symptoms afterpartial remission. Psychol. Med., 1995, č. 25.
Praško J. Fototerapie a cirkadiánní rytmy u depresivních poruch. Praha: VÚPs, OBIS VTEI, 1990, Zprávy č. 97.
Praško J. Fototerapie// Seifertová D., Praško J., Höschl C. (eds.) Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Amepra, 2004.
Praško J., Baudiš P., Klaschka J. et al. Fototerapie v léčbě rekurentních depresí. Před běžné výsledky dvojitě slepé studie. Porovnání s imipraminem a kombinací. Psychiatrie, 1997, č. 1.
Praško J., Kosová J. Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Praha: Triton, 1998.
Praško J., Šípek J., Minaíková V. Asertivitou proti depresi: průvodce pro ty, kteří trpí depresí a pro ty, kteří jim chtějí pomoci. Praha: Psychiatrické centrum, 1995, Zprávy č. 121.
Praško J., Ondráčková I., Johanovská E. et al. Socioterapie a farmakoterapie v léčbě rekurentních depresí. Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky, č. projektu 0295—5, 1996.
Praško J., Prašková H. Co dělat s velkým vnitřním kritikem, aneb jak krok za krokem bojovat s depresí. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
Praško J., Kyralová I., Minaříková V. Co je to deprese a jak se léčí? Praha: Psychiatrické centrum, 1997.
Praško J. Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi. Praha: Grada, 1998.
Praško J., Kyralová I., Minaíková, V., Prašková H. Skupinová kognitivně-behaviorální terapie depresí. Praha: Psychiatrické centrum, 1998, Zprávy č. 138.
Praško J., Johanovská E., Klár I. et al. Kognitivně behaviorální terapie a farmakoterapie v léčbě hospitalizovaných pacient trpících unipolární rekurentní depresí. Česká a Slovenská Psychiatrie, 2003, č. 2 (suppl.
Praško J., Šlepecký M. Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch: Manuál pro terapeuty. Praha: Psychiatrické centrum, 1995, Zprávy č. 127.
Reynolds III, C.F., Frank E., Perel J.M. et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: A randomized controlled trial in patients older than 59 years. JAMA, 1999, č. 281.
Segal Z.V., Williams J.M. G., Teasdale J.D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. NY, London: Guilford Press, 2002.

Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman, 1975.
Thase M.E. Relapse and recurrence in unipolar major depression: short — term and long — term approaches. J. Clin. Psychiatry, 1990, č. 51 (Suppl. 6).
Williams J.M.G., Watts F.N., MacLeod C., Mathews A. Cognitive psychology and emotional disorders. Chichester: Wiley, 1997.

8.1.2. КБТ биполярного аффективного расстройства

Ян Прашко, Томаш Новак, Рихард Залески

При лечении БАР важно сочетать фармакотерапию и психотерапию. Прежде специфической психотерапии для лечения БАР практически не было (Keller и др., 1993). Тем не менее стабилизаторы настроения (литий и карбамазепин) не защитили 20—40 % пациентов от рецидива заболевания (Solomon и соавт., 1995, Moncrieff, 1995). Кроме того, выяснилось, что новые стабилизаторы настроения (вальпроат и ламотриджин) аналогичны по эффективности литию, так что для лечения БАР необходимы дополнительные средства (Bowden и соавт., 2000). Лечение мании требует терпения, а часто и репрессивных мер (вплоть до задержания — детенции), пациент обычно отвергает любое вмешательство. Маниакальные синдромы являются основанием в большей степени для детенции и фармакотерапии, чем для систематического психотерапевтического лечения, хотя при качественном психотерапевтическом управлении вероятность рецидива мании значительно снижается.

При амбулаторном лечении важно, как пациент и его семья принимают болезнь, ее длительное лечение и его последствия. Многие больные, страдающие БАР, не принимает назначенные лекарства. Непрерывность лечения имеет важное значение. От терапевта требуется постоянная терпимость и толерантность. Почти 50 % биполярных больных имеют расстройства личности или злоупотребляют веществами, вызывающих зависимость; около 40 % одновременно страдают от тревожных расстройств и от субсиндромальной депрессии. Многие пациенты из-за болезни теряют работу и имеют проблемы в семье. Эти явления фармакотерапия не может вылечить.

Современное психосоциальное исследование БАР психотерапевтические подходы для лечения заболевания выделили области, на которые необходимо направить психотерапевтическую интервенцию (Lam, 2002):

1) выражение эмоций (expressed emotion, EE) у членов семьи;
2) наблюдение за продромальным периодом БАР;
3) нарушение социального поведения.

8.1.2.1. Основная информация о биполярном аффективном расстройстве

Аффективное БАР является, во-первых, расстройством настроения, во-вторых, это не только чередование фаз экстремального настроения, но и колебание так называемого нормального настроения. По сравнению с депрессивным расстройством средний возраст пациентов больше, болезнь протекает тяжелее.

Перемена настроения может происходить внезапно и быстро (например, в течение ночи), но чаще происходят случаи постепенного перехода. Борьба и преодоление депрессии связаны с риском наступления мании, а преодоленная мания может сопровождаться депрессией. Больной озадачен тем, как найти баланс. Пациент и его окружение по-разному воспринимают отдельные эпизоды. В то время как близкие люди считают депрессию меньшим злом, чем мания, для больных маниакальные эпизоды могут быть очень приятными.

1) Клинические проявления биполярного аффективного расстройства

Из названия БАР мы понимаем, во-первых, что это расстройство настроения; во-вторых, что это вращение и колебание между двумя полюсами экстремального настроения и изменение так называемого нормального настроения. (Рис. 8.8.).

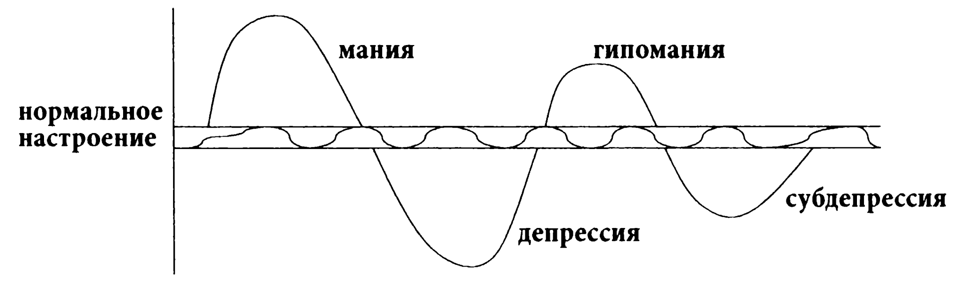


Рис. 8.8. Циркуляция настроения при БАР

Картина депрессивного эпизода в рамках БАР часто отличается от униполярного депрессивного расстройства, (табл. 8.7).

Таблица 8.7. Различия между депрессивным эпизодом БАР и депрессивным эпизодом рекуррентного депрессивного расстройства (под ред. Herman и др., 2004)

Феноменология депрессии	**Депрессивный эпизод БАР**	**Депрессивное Расстройство**
Естественный процесс		
Возраст начала заболевания	Ниже, более узкий диапазон	Выше, более широкий диапазон
Количество эпизодов	Больше	Меньше
Продолжительность цикла	Короче	Дольше
Триггер эпизода	Имеет большее значение в начале заболевания	Отношение неясно
Семейное положение	Свободный. Не присутствует фактор риска	Одинок(ая). Присутствует фактор риска
Эпидемиология		
Пожизненный риск	1%	Мужчины 5— 12 %, а женщины 9— 26 %
Соотношение полов	Женщины = мужчины	Женщины > мужчины
Синдром зависимости	Встречается чаще	Встречается реже
Самоубийство	Более частые случаи	Менее частые случаи

Психотические симптомы и расстройства восприятия		
Психотические симптомы	Более частые	Менее частые
Восприятие	Комплексное	Дифференцированное, интегрированное
Личность / межличностные отношения		
Депрессия/интроверсия	Реже	Чаще
Поиск общества	Чаще	Реже
Импульсное управление	Хуже	Лучше
Поиск новых стимулов	Чаще	Реже
Профиль личности (MMPI)	Более нормальный	Менее нормальный
Количество разводов	Выше	Ниже
История семьи / генетика		
Соответствие между монозиготными близнецами	Выше	Ниже
Мания в первой степени родства	Чаще	Реже
Биология / физиология		
Норадренергические функции (метаболиты, рецепторы, нейроэндокринные реакции)	Ниже	Выше
Серотонинергическая функция	Понижена	Повышена
Чувствительность к боли	Ниже	Выше
Дисфункция гемисферы	Больше у недоминирующих	?
Метаболизм: фронтоокципитальное соотношение	Ниже	Выше
Сон / биоритмы		
Продолжительность сна	Дольше	Короче
Предотвращение фазы	Реже	Чаще
Сезонные влияния	Депрессия осенью и зимой, мания весной и летом	Депрессия весной и осенью
Реакция на фармацевтические препараты		
Антидепрессивный эффект ТСА	Более эффективный	Менее эффективный
Антидепрессивный эффект лития	Более эффективный	Менее эффективный
Переход в гипоманию после ТСА / ИМАО	Чаще	Реже
Профилактический эффект лития	Более эффективный	Менее эффективный
Профилактический эффект ТСА	Мало эффективный	Эффективный

Джону 34 года. Он работает инженером на химическом заводе, имеет патенты. Сотрудники считают его почти гением. Он женат, его жена служащая. Их сыну 8 лет. Лето Джон встретил в очень хорошем настроении. Он мог работать по 20 ч в сутки и не чувствовать усталости. Его речь заметно ускорилась. Он контактировал с людьми на улице, на автобусной остановке смеялся с молодыми девушками, был шумным, бестактным. Со своего счета снял 50тыс. крон и накупил бесполезных вещей. Его жена разозлилась, а ему было весело. По отношению к ней он повел себя грубо, хотя раньше этого никогда не делал. Он решил открыть свой бизнес —разводить улиток и продавать их во Францию. Он начал искать землю, где смог бы реализреализовать этот план, однако неожиданно решил, что вместо улиток он будет производить ликеры или оздоровительные напитки. Для начала он купил 20 коробок с бутылками. Жена стала настаивать обратиться к психиатру. Он посмеялся над ней, сказал, что сам психиатр, для этого не нужно образование, людей он и так понимает. Может быть, он станет целителем. На работе он высказал директору все, что о нем думает, а затем по-дружески похлопал его по плечу. Вечерами он начал посещать бары, иногда кого-то угощал, был шумным.

В психиатрическое отделение был доставлен полицией после драки в клубе, где танцевал канкан на столе. Джон смеялся над полицейскими, высмеял и психиатра, поставившего диагноз: мания. В течение 3 недель после приема лекарств настроение нормализовалось, тем не менее на следующей неделе мания перешла в депрессию. Джон упрекал себя во всем, что когда-либо сделал. Он впал в уныние. Темп его речи значительно замедлился, говорил мало и монотонно. Фаза депрессии продолжалась 8 недель, из которой он смог выбраться с помощью антидепрессантов и лития.

С этого времени Джон принимает литий 2года. В течение полугода после этого события у Джона был короткий эпизод гипомании (т.е. неполных симптомов мании) — радостное ощущение и чувство повышенной энергии. Тем не менее, эксцессов в поведении не произошло, как это было в начале заболевания. Джон продолжает работать на своем заводе. Он спокоен. Семья также.

Мания — это серьезное психическое заболевани, которое изменяет отношение человека к окружающему и к самому себе. При мании настроение становится непропорционально приподнятым. Человек может быть не только радостным, но и гневным. Далее, как правило, происходит увеличение активности, повышение энергии, он не чувствует усталости и потребности в отдыхе, у него очень оживленное мышление с огромным притоком идей. Характерной чертой мании является гиперактивность. При контакте с пациентами, страдающими манией, наблюдается суета и бессмысленная деятельность. Заметна неспособность больного соотносить свои взгляды и мнения с окружающей реальностью, приспособить их к обстоятельствам. Беспокойство в сочетании с ограниченной способностью к самокритике приводит к безрассудному поведению(сексуальные эксцессы, бессмысленные покупки, предпринимательство) и т.д.

Типичные симптомы мании:

1. большая радость, приподнятое настроение;
2. сильная постоянная раздражительность;

3. небольшая потребность во сне;
4. грандиозные идеи и разговор о своих чрезмерных способностях, избыточное хвастовство;
5. ускоренная речь;
6. ускоренное и часто бессвязное мышление;
7. повышенная сексуальность;
8. значительное увеличение энергии;
9. безрассудное, быстрое, часто неразумное и неосторожное принятие решений;
10. неприемлемое социальное поведение (чрезмерная шумность, приставание или высмеивание других, иногда словесные оскорбления людей).

В зависимости от интенсивности этих симптомов различают гипоманию (легкая форма), манию (тяжелая форма) или манию с психотическими симптомами (наиболее тяжелая форма).

Лиде 22 года, она не замужем, работает продавщицей в супермаркете. У нее нет постоянного партнера. В начале заболевания она ходила на работу, в свободное время иногда на дискотеку. Она немного переживалаиз-за отсутствия партнера; с мужчинами была напряжена.

В начале лета стала меньше спать, но не чувствовала усталости. На работе она придумала много способов, как улучшить организацию, и ежедневно просила директора, чтобы он реализовал ее идеи. В скором времени у нее возник конфликт с директором и с коллегами, которых она пыталась заставить изменить их стиль работы. Сама, находясь на работе, она не могла усидеть на месте. Работать за кассой ей было неинтересно, она надолго оставляла покупателей ждать, а сама уходила поболтать на склад. Иногда она громко кричала на других продавцов или вдруг начинала громко петь. Она забыла о своей скромности. Танцы приносили ей огромное удовольствие. Она могла танцевать всю ночь, а утром не чувствовать усталости. Быстро и без проблем знакомилась с мужчинами всех возрастов. После того как она начала приводить домой незнакомых мужчин, у нее неоднократно возникали конфликты с родителями. В конечном счете, они привели её в психиатрическое отделение. С врачом она весело заигрывала. Психиатр поставил диагноз: гипомания.

Гипомания —это мягкий маниакальный эпизод без тяжелых психологических изменений. Мышление и поведение, как правило, остаются упорядоченными. Более важной характеристикой является гиперактивность и перепады настроения. Рабочая и социальная результативность может быть существенно нарушена. Способность принимать решения и уверенность в себе бывают повышенными, что многие больные, которые раньше не верили в себя, воспринимают положительно. Больной, как правило, поначалу чувствует себя очень хорошо, у него нет мотивации, чтобы обратиться за лечением. Учитывая поверхностность, гиперактивность и снижение барьеров, социальный ущерб, который может причинить пациент, может быть довольно обширным.

Ярославу 25 лет. При поступлении в психиатрическое отделение он заявил, что решил открыть свой бизнес. Это не может стать проблемойдля того, кто чрезвычайно талантлив и способен. Деньги он найдет с легкостью (ли-

зинг). Кроме этого он продаст семейные картины. У него отличное настроение, у него все получается, ему не нужно ни спать, ни есть. Это правда, что он «немного» гиперактивный, но родители преувеличивают. Также у него новая девушка, за последнюю неделю у него их было 5, он безумно наслаждается сексом. Ярослав не видит оснований для госпитализации.

Родители сообщили, что с ним несколько дней не могут справиться. Все началось с бессонницы.Он много курил и постоянно что-то писал. Они не понимают, с чего он решил открыть свой таксопарк. Его планы совершенно неразумны. Он шумный, постоянно что-то говорит, ему невозможно ничего объяснить.

В психиатрическом отделении Ярослав успокоился, начал спать и признал, что его планы неосуществимы. Назначенный литий он принимал в течение 2 лет, без проблем ходил на работу. Затем он решил, что литий перестанет принимать, так как немного поправился. Он нашел себе девушку, с которой хочет создать семью. После свадьбы он стал грустным, не понимал, почему так происходит, полностью потерял веру в себя и уволился с работы, потому что из-за его якобы плохо выполненного задания коллеги лишились премии. У Ярослава началась депрессия.

При мании с психотическими симптомами появляются формальные и содержательные расстройства мышления — бредовые интерпретации. Бред обычно совпадает с настроением больного и тем самым подтверждает это настроение. Характерны грандиозные идеи, но может появиться и паранояльный бред, отражающий повышенную раздраженность и недоверие. Маниакальный бред особым образом влияет на личность больного. Пациент чувствует себя способным выполнить исключительную миссию, осуществить невероятные действия, превышающие человеческие возможности. Редко могут появляться галлюцинации.

В смешанном эпизоде присутствуют симптомы маниакального и депрессивного эпизодов (одновременные или часто меняющиеся) на протяжении как минимум двух недель. Смешанный эпизод характеризуется непрекращающейся дисфорией и раздражительностью, чрезмерной усталостью, ускоренным мышлением, тревогой, часто присутствуют панические атаки, навязчивые суицидальные мысли и импульсы.

Интервал между фазами, в зависимости от личности больного, переживается по-разному, но часто даже при отсутствии депрессии могут появиться вина и отчаяние, связанные с ущербом, который пациент причинил в маниакальном состоянии. Больному трудно объяснить манию как обусловленное болезнью поведение и на этом фоне возобновить социальные отношения. Иногда во время маниакальной фазы пациент может подумать, что разрешились некоторые важные личностные конфликты («Я делаю то, что я всегда хотел делать!»).

2) Диагноз БАР

Мания может начаться внезапно или давать о себе знать предупреждающими симптомами. Второй случай, к счастью, более распространен и дает возможность для раннего вмешательства. При первых симптомах отсутствует понимание болезни. Пациенты часто испытывают дискомфорт и подозревают, что они больны, но они бессильны против навязчивой гиперактивности. Часто на ранних стадиях

они помогают себе употреблением алкоголя, который приглушает их беспокойство. Изменение активности (особенно при первом маниакальном эпизоде) пациенты и их близкие могут также рассматривать как следствие хороших событий («У меня был успешный день на работе, поэтому я так радуюсь!Такое поведение вполне понятно после депрессии, которая у меня недавно была, поэтому сейчас я так счастлива!»).

Диагностические критерии МКБ-10 для БАР (1996)

F30. Маниакальный эпизод
F30.0. Гипомания
А. Повышенное или раздражительное настроение, которое явно ненормально для конкретного индивида и длится не меньше 4 дней подряд
Б. Должны присутствовать не менее 3 из следующих признаков, которые приводят к определенному нарушению повседневной жизни человека: 1. повышенная активность или физическое беспокойство; 2. повышенная говорливость; 3. рассеяность или нарушение концентрации внимания; 4. снижение потребности во сне; 5. повышенная сексуальность; 6. чрезмерная трата денег или другие формы безрассудного или безответственного поведения; 7. повышенная общительность или чрезмерная фамильярность.
В. Эпизод не отвечает критериям мании (F30.1 и F30.2) БАР (F31. -), депрессивного эпизода (F32. -), циклотимии (F34.0) или психической анорексии (F50.0)
Г. Наиболее часто используемые положения об исключении. Этот эпизод не связан с употреблением психоактивных веществ (F10 — F19) или с другим органическим психическим расстройством (как определено в F00 — F09)
F30.1. Мания без психотических симптомов
А. Настроение должно быть преимущественно импульсивным, экспансивным или раздражительным, для конкретного индивида ненормальным. Изменение настроения должно быть выразительным и длится как минимум одну неделю (если оно не настолько серьезно, что требует госпитализации)
Б. Должны присутствовать по меньшей мере 3 из следующих признаков (4, если настроение только раздражительное), которые приводят к нарушению повседневной деятельности: 1) повышенная активность или физическое беспокойство; 2) повышенная говорливость («речевой напор»); 3) "скачка идей" или субъективное ощущение ускоренного потока мыслей; 4) потеря обычных социальных преград и, как следствие, поведение, которое не приемлемо в данных обстоятельствах; 5) снижение потребности во сне; 6) повышенная самооценка или идея величия; 7) рассеянность или постоянные изменения деятельности и планов; 8) поведение чересчур рискованное или безрассудное, человек не в состоянии распознать риск его последствий (пьянки, безответственные деловые инвестиции, неосторожная езда), 9) повышенная сексуальность или сексуальная неразборчивость
В. Нет галлюцинаций или бреда, хотя могут появиться нарушения восприятия (субъективная гиперакузия, человек воспринимает цвета как особо яркие)
Г. Критерии исключения диагноза. Эпизод не вызван с употреблением психоактивных веществ (F10-F19) или любым органическим психическим расстройством (в соотв. с F00-F09).

F30.2 Мания с психотическими симптомами
А. Эпизод соответствует критериям мании без психотических симптомов (F30.1), за исключением критерия С
Б. Эпизод не соответствует критериям шизофрении (F20.0 — F20.3) или шизоаффективному расстройству, маниакальному типу (F25.0)
В. Присутствует бред или галлюцинации другого порядка, чем те, которые указаны как типично шизофренические по критерию G1 (1) б, c, и d под F20.0-F20.3 (бред, не полностью абсурдный или не соответствующий для данной культуры, или галлюцинации, которые обычно не комментируют). Чаще всего присутствует мания величия, обидчивое, эротическое или персекуторное содержание
Г. Наиболее часто используемое положение об исключении. Эпизод не связан с употреблением психоактивных веществ (F10 — F19) или любым другим органическим психическим расстройством (в соотв. с F00 — F09). Если галлюцинации или бред отвечают настроению, может быть использован пятый признак
F30.20. С психотическими симптомами, соответствующими настроению
(бред или голоса, которые говорят пациенту, что он обладает сверхчеловеческой силой)
F30.21. С психотическими симптомами, которые не соответствуют настроению
(напр. голоса, говорящие пациенту о эмоционально-нейтральных темах, либо бред особого значения или преследования)
F30.8. Другие маниакальные эпизоды
F30.9. Не определенный маниакальный эпизод
F31. БАР
Примечание
Эпизоды ограничены переходом в противоположенный или смешанный эпизод или ремиссией.
F31.0. БАР , текущий эпизод гипомании
А. Текущий эпизод соответствует критериям гипомании (F30.0)
Б. В прошлом произошел, по меньшей мере, один аффективный эпизод, который соответствует критериям гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), депрессивного эпизода (F32.-) или смешанного аффективного эпизода (F38.00)
F31.1. БАР, текущий эпизод мании без психотических симптомов
А. Текущий эпизод соответствует критериям мании без психотических симптомов (F30.1)
Б. В прошлом произошел, по меньшей мере, один аффективный эпизод, который соответствует критериям гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), депрессивного эпизода (F32.-) или смешанного аффективного эпизода (F38.00)
F31.2. БАР, текущий эпизод мании с психотическими симптомами
А. Текущий эпизод соответствует критериям мании с психотическими симптомами (F30.-)
Б. В прошлом был, по крайней мере, один аффективный эпизод, который соответствует критериям гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), депрессивного эпизода (F32. -) или смешанного аффективного эпизода (F38.00).
Если психотические симптомы соответствуют или не соответствуют настроению, может использоваться пятый код
F31.20. С психотическими симптомами, соответствующими настроению
F31.21. С психотическими симптомами, не соответствующими настроению
F31.3. БАР, текущий эпизод депрессии легкой или средней степени тяжести

А. Текущий эпизод соответствует критериям депрессивного эпизода, легкой (F.32.0) или средней степени тяжести (F32.1)
Б. В прошлом был, по крайней мере, один аффективный эпизод, который соответствует критериям гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), депрессивного эпизода (F32.-) или смешанного аффективного эпизода (F38.00)
Если на данном этапе депрессии присутствует соматический синдром, определенный под F32-, может быть использован пятый знак
F31.30. Без соматического синдрома
F31.31. С соматическим синдромом
F31.4. БАР, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов
А. Текущий эпизод соответствует критериям тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2)
Б. В прошлом был, по крайней мере, один хорошо проверенный гипоманиакальный или маниакальный эпизод (F30. -) или смешанный аффективный эпизод (F38.00)
F31.5. БАР, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами
А. Текущий эпизод соответствует критериям тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами (F32.3)
Б. В прошлом произошел, по крайней мере, один проверенный гипоманиакальный или маниакальный эпизод (F30.-), или смешанный аффективный эпизод (F38.00)
Если психотические симптомы соответствуют или не соответствуют настроению, можно использовать пятый знак
F31.50. С психотическими симптомами, соответствующими настроению
F31.51. С психотическими симптомами, не соответствующими настроению
F31.6. БАР, текущий смешанный эпизод
А. Текущий эпизод характеризуется либо смешанными гипоманиакальными, маниакальными или депрессивными симптомами, или их быстрым чередованием (т. е., в течение нескольких часов)
Б. Как маниакальные, так и депрессивные симптомы должны быть длительно выразительными, продолжительностью не меньше 2 недель
В. В прошлом произошел, по меньшей мере, один проверенный гипоманиакальный или маниакальный эпизод (F30.-), депрессивный эпизод (F32.-) или смешанный аффективный эпизод (F38.00)
F31.7. БАР, в настоящее время, в стадии ремиссии
А. Текущее состояние не соответствует критериям депрессивного или маниакального эпизода любой степени тяжести или любого другого расстройства настроения, указанного под F30 — F39 (иногда также в результате лечения, которое снижает риск дальнейших эпизодов)
Б. В прошлом был, по крайней мере, один хорошо проверенный гипоманиакальный или маниакальный эпизод (F30,-) и, кроме того, хотя бы один аффективный эпизод (гипоманиакальный или маниакальный (F30.-), депрессивный (F32. -) или смешанный (F38.00))
F31.8. Другие —
F31.9. Неопределенное —

Сейчас не говорят не об одном типе БАР, но о расстройствах биполярного спектра. Расширение концепции БАР произошло после определения расстройства типа II (БАР II) по отношению к расстройству типа I (БАР I) в «Диагностическом и статистическом руководстве психических расстройств (DSM-IV)». В действующей классификации болезней (МКБ-10), однако, это расстройство не встречается. БАР II характеризуется рекуррентными депрессивными и только гипомани-

акальными эпизодами, в то время как при БАР I присутствуют депрессивные и полностью выраженные маниакальные эпизоды (табл.8.8).

Таблица 8.8. Расстройство биполярного спектра согласно DSM-IV (в соотв. с *Herman* и др., 2004)

Расстройство	**Маниакальные и смешанные эпизоды**	**Гипоманические эпизоды**	**Депрессивные эпизоды**
БАР I	Должны быть	Могут быть	Могут быть
БАР II	Нет	Должны быть	Должны быть
Циклотимия	Нет	Могут быть	Неполный депрессивный эпизод

3) Эпидемиология БАР

Распространенность БАР типа I составляет 0,4 — 1,6 %, населения с одинаковым соотношением мужчин и женщин (Hirschfeld, 2001, Goodwin и Jamison, 1990). Распространенность всех расстройств в широком диапазоне биполярного аффективного спектра несколько выше. БАР типа II страдают около 2 — 5 % населения (Angst, 2003). Hirschfeld. (2003) провел опрос среди населения с помощью опросника Mood Disorder Questionnaire, MDQ и указывает на пожизненную распространенность всех расстройств биполярного спектра (3,4 %). Расстройства биполярного спектра включают аномальные перепады настроения широкого спектра: манию, гипоманию, смешанные эпизоды, гипертимный тип, субдепрессию, депрессивные эпизоды и депрессивные смешанные состояния.

4) Этиопатогенетические факторы БАР

Причина возникновения БАР до сих пор не известна. Предполагается многофакторная этиология с патогенетическими факторами. Из этиологических факторов упоминаются генетические влияния, нейротрансмиттерные аномалии (норадреналин, дофамин, серотонин, ацетилхолин, система вторичных мессенджеров), нейроэндокринные факторы (тиреоидная ось), нейроанатомические изменения, клеточная дегенерация, расстройство биологических аннуальных и циркадных ритмов, влияние стресса, психодинамические факторы. Эпидемиологические исследования и исследований близнецов показывают, что при возникновении БАР важную роль играет наследственность. Родственники первой степени родства у пациентов с БАР, в значительной степени чаще страдают расстройством настроения, чем родственники людей без психических заболеваний (Coryell и соавт., 1993). Предлагается гипотеза о генетической способности, выражение которой в виде образа эпизодов расстройства настроения происходит либо спонтанно, либо под влиянием специфического стресса во время гормонального дисбаланса (половое созревание, послеродовой период) или фармакогенетическим способом (антидепрессанты, стимуляторы) (Bauer, 2003).

При возникновении БАР мы ожидаем определенную комбинацию и взаимодействие биологических и социальных воздействий, которые развивают заболевание. Это расположение состоит из чрезмерной чувствительности (гиперчувствительности) и повышенной уязвимости. Заболеет ли человек БАР с таким предрасположением, зависит от различных причин. Не факт, что человек с предрасположением при подходящем случае заболеет. Важны события, с которыми этот человек сталкивается в течение жизни, как они для него являются стрес-

совыми и обременительными и насколько он справляется с ними (рис. 8.9). Сочетание специфической (как правило, врожденной) повышенной уязвимости и негативных жизненных событий может привести к снижению адаптации по отношению к стрессу и к развитию биохимических изменений в головном мозге, что приведет к депрессии или мании.

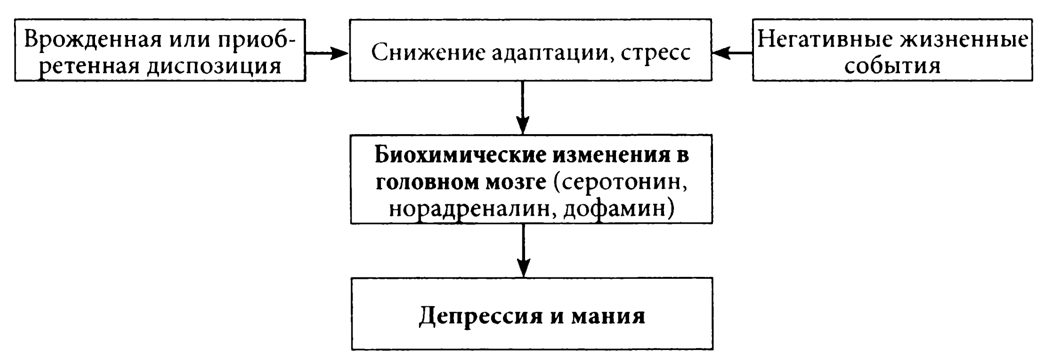


Рис. 8.9. Возникновение БАР в результате негативных жизненных событий

Расстройству настроения, следовательно, способствует стресс. Он является не причиной заболевания, а его возбудителем. Более того, сегодня мы предполагаем, что наша реакция на стресс изменяется на протяжении всей жизни. Первоначально небольшие стрессы приводят к незначительным колебаниям настроения. Постепенно происходит повышение чувствительности (сенсибилизация) по отношению к стрессу. Человек реагирует перепадами настроения на меньший стресс. В итоге появляется заметная депрессия или мания без какой-либо внешней причины, часто имеющая сезонный характер (рис. 8.10.). Стресс — это ответ организма на потенциальные или реальные угрозы его равновесию. К стрессовой реакции приводят факторы, угрожающие физическому или психическому здоровью личности. Во время интенсивного или длительного стресса происходит изменение баланса некоторых нейромодуляторов в головном мозге, что приводит к расстройству настроения. Эта концепция объясняет нам, как негативные жизненные события нарушают функционирование мозга. Успешная терапия, это неблагоприятное воздействие можно нейтрализовать и восстановить равновесие в функционировании головного мозга.

Было неоднократно установлено, что сильный психологический стресс присутствовал у пациентов с биполярным расстройством перед наступлением маниакального или депрессивного эпизода (Johnson и Roberts, 1995). Больные до начала заболевания испытывали значительные изменения в своей повседневной жизни, чем здоровые люди (Johnson и Miller, 1995). Повышенное количество раздражителей, таким образом, связано с риском возникновения заболевания. Повышенный психологический стресс присутствует только перед первыми эпизодами БАР. Недавние исследования показали, что эти факторы стресса присутствуют на всех стадиях заболевания (Hammen a Gitlin, 1997). Депрессивной фазе предшествуют аверсивные стрессовые ситуации, связанные с потерей, разочарованием или межличностными конфликтами. Перед развитием мании можно назвать похожие фрустрирующие ситуации, которые приводят к нарушению регулярных

социальных ритмов, неприятности, связанные с бессонными ночами и злоупотреблением алкоголя (Malkoff -Schwartz и др., 1998), и моменты достижения важных личных целей, приводящие к особому возбуждению (Johnson и др., 2000). У пациентов вначале наблюдается постепенное «сгущение» эпизодов болезни, потом регулярная частота возникновения мании и депрессии стабилизируется.

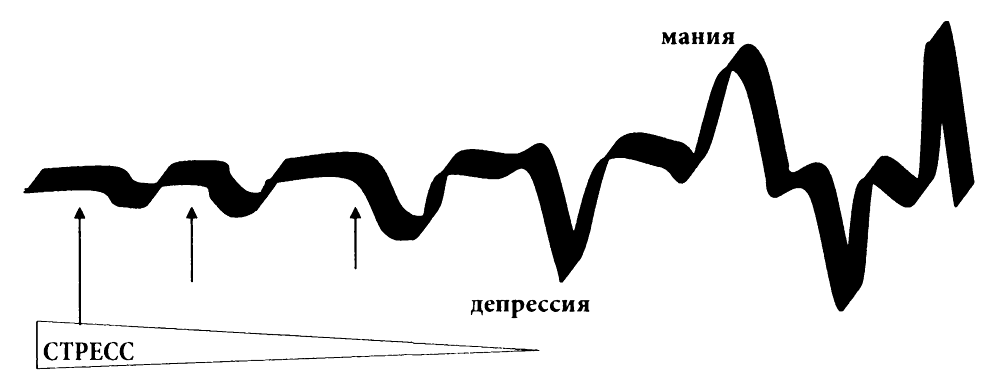


Рис. 8.10. Влияние стресса на развитие БАР.

Большой стресс приводит к тому, что возникают небольшие перемены настроения. Постепенно нервная система становится чувствительной, сенсибилизируется и человек реагирует все большей депрессией на меньший стресс. Наконец, депрессии появляются без внешних причин (по мотивам Posta, 1985).

С психоаналитической точки зрения, маниакальные эпизоды преимущественно воспринимаются как антидепрессивный механизм. Пациент противостоит угрозе собственному самочувствию с помощью отрицания реальности при переоценке своего эго (Mentzos, 1995). Клинические наблюдения в некотором смысле поддерживают эту концепцию. Маниакальные эпизоды, особенно вначале, связаны с жизненными событиями, Когда попытка решить проблему не удается. С одной стороны, она основана на конфликте между высоким нормативно ориентированным идеалом, а с другой — на пониженном чувстве самоуважения. Противоречие между требованием и реальностью настолько велико, что любой компромисс невозможен. Маниакальный эпизод в этом случае действует как наступление на менее ценные стороны собственной личности. Этот тезис касается больных, которые в стадии ремиссии характеризуются неприметностью, добросовестностью и стремлением к чрезмерной социальной адаптации. Mentzose (1995) предложил рассматривать манию не только в качестве защиты от депрессии, но как своеобразную попытку решить конфликт. Целью лечения является положительное вмешательство: терапевт приказывает пациенту прекратить бунт против своего строгого эго, не забывая в то же время указывать на риски и несоответствие этого бунта.

5) Дифференциальная диагностика и сопутствующие заболевания при БАР

Не всегда можно отличить признаки БАР от обычного поведения. При наличии гипоманиакальных симптомов создается впечатление, что у человека хорошее настроение, но это до тех пор, пока его длительность и безрассудные действия не укажут на то, что состояние этого человека не в порядке.

В дифференциально-диагностическом смысле БАР отличается от униполярной депрессии (депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства). Наличие гипоманиакальных или маниакальных симптомов, установленных при осмотре или анамнестическим способом, подтверждает диагноз БАР у пациента (см. выше).

Если маниакальные симптомы ассоциируются с психотическими симптомами, их крайне трудно отличить от расстройства шизофренического спектра. У пациентов, страдающих шизоаффективным расстройством, вне критериев одного из видов аффективного расстройства средней или тяжелой степени, присутствуют симптомы шизофрении (бред и галлюцинации) большую часть времени, в течение минимум двух недель. Маниакальные симптомы в рамках эпилептического психоза встречаются редко.

Органическое БАР. Симптомы, вызванные фармацевтическими препаратами и веществами, вызывающими зависимость.

Несмотря на то что диагноз БАР базируется в основном на феноменологии, существуют причины, почему во время диагностики БАР необходимо проводить лабораторное и соматическое обследования. Определенные физические заболевания и употребление веществ, вызывающих зависимость, могут спровоцировать маниакальный или депрессивный эпизод. Подобным образом расстройство настроения может быть первым признаком серьезного соматического заболевания, которое до настоящего времени никак не проявлялось. Маниакальные симптомы могут присутствовать, например, при заболеваниях печени и при органических заболеваниях головного мозга. Кроме того, употребление наркотиков, особенно амфетамина, кокаина или ЛСД, может вызвать симптомы мании. Эта картина, однако, исчезает одновременно с интоксикацией. Если первичные соматические условия поддаются лечению, то ослабевает вторичное психическое расстройство. Если это не происходит, то надо предполагать индуцированное психическое расстройство. Кроме того, до начала фармакотерапии БАР, необходимо провести лабораторное обследование (включая функции гормонов щитовидной железы) и оценить общее физическое состояние пациента.

Соматические заболевания, которые часто связаны с развитием мании (в соотв. с *Herman* и др., 2004).

Неврологические заболевания:

1. сосудисто-мозговые синдромы,
2. травмы головы с повреждением мозга,
3. деменция,
4. опухоли головного мозга,
5. инфекционные заболевания ЦНС (включая ВИЧ),
6. рассеянный склероз,
7. болезнь Хантингтона.

Эндокринные заболевания:

1) Гипертиреоз (у пациентов со склонностью к БР или БР в анамнезе),
2) Послеродовой период.

Медицинские препараты и вещества, вызывающие зависимость, чье употребление часто ассоциируется с появлением мании (в соотв. с *Herman* и др., 2004)

Антидепрессивные препараты:
1) Трициклические антидепрессанты,
2) ИМАО.

Лечение ярким светом (фототерапия)

Электросудорожная терапия

Адренергические агенты:
1) Бронходилататоры,
2) Препараты, подавляющие аппетит (стимуляторы).

Допаминергические агенты:
Леводопа.

Другие фармацевтические препараты:
1) Изониазид,
2) Кортикостероиды,
3) Анаболические стероиды,
4) Дисульфирам.

Вещества, вызывающие зависимость:
1) Алкоголь,
2) Кокаин,
3) Галлюциногены,
4) Амфетамин,
5) Кофеин.

Зависимость от алкоголя и других веществ является наиболее распространенным сопутствующим заболеванием у пациентов с БАР. Любая зависимость от наркотических веществ вызывает у 60 % пациентов расстройство биполярного спектра (у населения в целом около 27 %) (Bauer, 2003). Одной из причин может быть самолечение с использованием алкоголя и наркотиков у пациентов с БАР (более частое употребление алкоголя во время депрессивных и в начале маниакального эпизода, стимуляторов во время маниакальных эпизодов). Предполагается общая генетическая предрасположенность расстройства настроения и тяга к наркотическим веществам.

Одной из основных проблем является зависимость от наркотических веществ у подростков, страдающих БАР. Коморбидные злоупотребления этими веществами, особенно стимуляторами, усугубляют БАР. При двухлетнем наблюдении подростков, госпитализированных с диагнозом «мания», было выявлено больше маниакальных эпизодов у больных, которые были зависимы от наркотических веществ, чем у биполярных пациентов без такой зависимости (Wilens и соавт., 1999).

Распространенность тревожных расстройств на протяжении всей жизни у пациентов с БАР составляет 44 % (McElroy и др., 2001). Чаще оно встречается у женщин, чем у мужчин, что может быть связано с появлением сложных форм БР у женщин.

6) Развитие БАР

У большинства людей первые проявления заболевания происходят в подростковом и юношеском возрасте, (15 — 30 лет), средний возраст для первого эпизода биполярного спектра —21 год, чаще всего в диапазоне 15 — 24 лет (Hirschfeld и др., 2000). Более поздние проявления, однако, не являются исключением. Пер-

вый эпизод БАР может быть маниакальным, гипоманиакальным, смешанным или депрессивным. Первоначальный маниакальный эпизод чаще встречается у мужчин. У обоих полов первым эпизодом чаще всего бывает депрессия. Пациент обычно испытывает один или несколько депрессивных эпизодов БАР, прежде чем появится гипоманиакальный эпизод. Не всегда между эпизодами происходит полная ремиссия симптомов. Нередко появление вторичного психического заболевания с депривацией личности.

Возникновение БАР в детском возрасте практически не изучено. Появление первых симптомов мании после 60 лет часто указывает на соматические симптомы (инсульт, опухоль головного мозга).

Суонн (1999) указывает, что большинство пациентов, не проходивших лечение, испытывают в течение жизни 10 эпизодов БАР . Примерно после 5-эпизода их продолжительность у конкретного пациента стабилизируется. Пациенты, у которых происходит более 4 эпизодов в год, в течение жизни испытывают в среднем 50 эпизодов БР. Типичной картины маниакальных и депрессивных эпизодов в универсальном плане не существует, у некоторых пациентов появляются изолированные маниакальные или депрессивные эпизоды, у других присутствует квазифазный процесс.

Диапазон продолжительности отдельных эпизодов составляет 4 — 13 мес., депрессивные эпизоды, как правило, длиннее, чем маниакальные и гипоманиакальные эпизоды. У женщин происходит больше депрессивных эпизодов, у мужчин речь может идти о сбалансированном соотношении между депрессивными и маниакальными эпизодами (Angst, 1978). Среди пациентов с многочисленными эпизодами БР также преобладают женщины (70 — 90 %) (Bauer и соавт., 1994).

Keller (1986) установил хроническую форму заболевания у 7 — 32 % больных через 1,5 года после индексной госпитализации в зависимости от противоположности индексного эпизода. Только 26 % пациентов из группы, перенесших манию, показали хороший результат терапии, у 40 % был лишь средний результат, а у 34 % неблагоприятный. Известно меньше фактов клинической картины пациентов с БР II, хотя рецидивами и социальными расстройствами они страдают в той же степени, как и пациенты с БАР I. Coryell (1995) обнаружил в течение 5-летнего исследования рецидивы у 70 % пациентов с БАР II, и только у 11 % не было ни одного эпизода.

Признаки болезни (особенно мания с агрессивным, обидчивым или злобным поведением) могут проявиться нарушением жизни через довольно длительный период после отступления болезни. Самым тяжелым последствием биполярного расстройства является самоубийство. Гудвин и Джемисон (1990) указывают, что 18,9 % пациентов с БР кончают жизнь самоубийством. Это относится к тяжелым, не проходившим лечение пациентам. Isometsa (1994) обнаружил среди 1397 самоубийства в Финляндии в течение одного года 31 человека, страдающих от БР. Он установил, что 78 % совершили суицид во время депрессивных эпизодов БП, 11 % — во время смешанных эпизодов, 11 % — во время маниакальных эпизодов с психотическими признаками.

8.1.2.2. Взгляд КБТ на биполярное аффективное расстройство

Несколько лет назад психотерапия мании считалась невозможной, ненужной или даже вредной. Лечение депрессии традиционно похоже на психотерапию при монополярной депрессии. Сегодня все больше авторов считают психотерапевтический подход возможным даже в случае мании и гипомании (Kröber, 1988, 1992, Lam и др., 1999, Scott, 2001, 2003). Психотерапевтические методы могут помочь в конфликтах, которые предшествовали болезни, разработать более эффективные способы их разрешения и лучше понимать природу расстройства.

1) Бихевиоральные факторы БАР

Очень важную роль в возникновении играют жизненные события, которые нарушают цикл сон — бодрствование. В течение 8 недель до маниакально эпизода значительная часть пациентов пережили события, которые нарушили биоритмологические и социальные привычки (Malkoff-Schwartz и др., 1998.).

Недавно Johnson (2000) показал, что маниакальным эпизодам часто предшествуют жизненные события, связанные с достижением определённых целей. Это подтверждает гипотезу, что при БАР происходят аномалии в бихевиоральной активационной системе (БАС; Depue и Zeld, 1993), которая контролирует психомоторную активацию, целенаправленную мотивацию и позитивное настроение. БАС у лиц, подверженных риску БАР, может определять большую базальную активность и дневную вариабельность. Даже здоровые люди подвержены положительным аффектам и расходуют больше энергии при достижении цели. У индивидов с БАР после жизненных событий, связанных с достижением целей, активизируется БАС (труднее происходит возврат к нормальным уровням), а затем маниакальная фаза.

Биполярные пациенты также чаще рецидивируют при пересечении часовых поясов (Lam и Wong, 2001).

Болезнь осложняет пациенту планирование будущего. Трудно разглядеть в чередующихся перепадах настроения возможность для следующего этапа, потому что каждое внутреннее и внешнее движение критически оценивается пациентом и его семьей в качестве возможного стимула для новой фазы заболевания. При частых фазах заболевания пациент смиряется с вероятностью ухудшения заболевания в период между фазами. Это влияет на взаимоотношения лиц с БАР.

2) Когнитивные факторы БАР

Бек (1967) впервые описал манию как зеркальную противоположность депрессии, характеризовал ее положительной когнитивной триадой, связал с самооценкой, взглядом на мир и на будущее. Окружающий мир больной рассматривает как прекрасную возможность для получения мощного жизненного опыта. Будущее обещает успех и радость. Гиперпозитивное мышление перегружено положительными автоматическими мыслями. Примеры маниакальных когнитивных искажений являются необоснованными выводами относительно собственного достоинства, успеха, преуменьшения рисков, минимизации проблем, эмоционального искажения событий. («Я номер один! Уже никогда не буду должен ничего делать! Со мной не может ничего случиться!: Не волнуйтесь, я смогу все сделать еще сегодня! Все меня любят!») Когнитивные ошибки подкрепляют позитивную триаду.

Для БАР типично мышление типа «или—или». По Беку, под неадекватными когнитивными позитивными событиями лежат более глубокие неадекватные отношения. («Я особенная! Мания мне помогает преодолеть застенчивость») Эта модель, основанная на клинических наблюдениях, имеет много недостатков. Бек не смог объяснить, почему такой пациент в другое время переживает глубокую депрессию. Сам Бек не пытался подвергнуть эту схему научным экспериментам и не исследовал разницу когнитивного стиля у пациентов с биполярным и униполярным аффективным расстройством.

Авторы, которые исследовали когнитивные параметры у пациентов с БАР, не нашли разницу в когнитивных схемах у биполярных пациентов в период ремиссии и у пациентов с униполярной депрессией (Hollon др., 1986; Hammen и др., 1989; Scott и др., 2000). Скотт (2000) исследовал аспекты когнитивной модели, в том числе неблагополучные позиции, положительную и отрицательную самооценки, автобиографические воспоминания, а также способность решать проблемы, и обнаружил, что по сравнению со здоровыми людьми пациенты при полной ремиссии имеют нестабильную самооценку, более высокую степень дисфункциональных отношений (в особенности это касается общественного признания и перфекционизма), их биографические воспоминания более обобщенные, им сложно решать проблемы. Эта разница характерна для пациентов, у которых БАР развилось рано, для тех, кто перенес несколько фаз заболевания. Несмотря на то, что эти пациенты прошли стабильную тимопрофилактику, на их когнитивный стиль это не оказало ни малейшего влияния. В дальнейшей работе Скотт (2003), обнаружил, что такие же результаты показывают пациенты с униполярной депрессией в стадии ремиссии, кроме нестабильной самооценки, колеблющейся между переоценкой и недооценкой самого себя, что характерно для биполярных пациентов. Уверенность в себе униполярных пациентов была стабильно низкой. Кажется, что когнитивная уязвимость биполярных пациентов связана с лабильной уверенностью в себе. Результаты исследования, как и изучение когнитивных факторов при дисфорической мании (Cassidy и др., 1998), предполагать, что некоторые аспекты когнитивного и бихевиорального функционирования при мании могут представлять частично успешную попытку избежать депрессии после начального снижения настроения (Lyon и соавт., 1999).

Отношение когнитивного стиля и жизненных событий при БАР исследовал Hammen (1992). У пациентов с высокой зависимостью от внешних оценок чаще имел место рецидив после межличностных жизненных событий, чем у пациентов с низкими баллами зависимости от других. В другом исследовании Swendsen (1995) установил влияние личностных характеристик на частоту рецидивов. Наибольшее их количество было связано с отрицательным когнитивным стилем, особенно интроверсией и обсессивностью. Подобным образом Alloy (1999) установил, что внутренний, стабильный и глобальный атрибутивный стиль прогнозирует более высокий уровень аффективных симптомов у пациентов с БАР в ремиссии и у неклинических людей с субсиндромальными проявлениями БАР. Malkoff-Schwarz (1998) показал, что события, которые нарушают социальный индивидуальный ритм, у пациентов с БР увеличивают частоту рецидива мании, но не депрессии. Healy и Williams (1988) установили, что у пациентов с БАР которые

чувствуют больше энергии, радости, ощущают меньше потребности во сне (изменения, которые происходят после нарушения циркадных ритмов) и приписывают это «чрезмерному здоровью», чаще могут развиться эпизод мании, чем у тех, кто это приписывает болезни. Те, кто ожидает рождающиеся признаки рецидива, автоматически используют тактику бегства от возбуждающих социальных ситуаций и больше отдыхают. Этим действием они, вероятно, прерывают порочный круг дальнейшего возбуждения.

3) Межличностные факторы БАР

Эмпирические данные подтверждают идею, что подключение родственников (особенно партнеров) при терапии оказывает положительное влияние на течение БАР (Parikh и др., 1997). Важную роль в отношениях играют стабильность и безопасность. Конфликты, будучи важным стрессором, могут предшествовать различным стадиям заболевания. Однако не было доказано, что в семьях биполярных пациентов до возникновения болезни проявлялись специфические модели поведения и стили взаимного общения, которые не возникали бы в других семьях. Течение заболевания может быть значительно улучшено, если удастся привлечь окружение пациента в программу реабилитации , если уменьшить эмоциональность в семье. В партнерских отношениях опасения по поводу возможных эпизодов иногда становятся определяющей чертой семейной жизни. За поведением больного необходимо тщательно наблюдать и анализировать признаки возможного маниакального или депрессивного рецидива. Это может быть «спор о нормальной жизни», когда семья решает, какое поведение нормальное, а какое является признаком патологии.

Сильные эмоции в семье пациентов с БАР, как и в шизофренических семьях, могут провоцировать многочисленные рецидивы. Критика, чрезмерное эмоциональное участие родителей или партнеров приводит к увеличению числа рецидивов и к сохранению остаточных симптомов БАР (Honig и соавт., 1997; Miklowitz и соавт., 1998; O'Konnell и др., 1991).

Маниакальный и депрессивный эпизоды, трудны для партнеров пациента. При мании часто происходят оскорбления и действия с социальными травмами, которые трудно простить. С другой стороны, у пациента или его семьи может возникнуть желание «исправить» депрессивное или маниакальное поведение. . Последствием может быть обвинение близких людей или преувеличенная вина со стороны больного.

Одной из проблем во взаимоотношениях является зависимость от других, чаще всего от родителей или партнера. Многие пациенты с БАР в значительной степени зависят от оценки других. Это связано с невозможностью оценить себя и с ожиданием награды и признания других. Депрессия предполагает чрезмерную необходимость в ободрении и оценке, а также плохую переносимость критики, холодности и отвержения.

Другим проявлением зависимости является пониженная организованность больного. Мания иногда приводит к своего рода суперкомпенсации с помощью чрезмерного самовосхваления, самовосхищения, с быстрым принятием решения. Во многих случаях во время болезни контроль симптомов лежит на партнере или на родителях. Возникает конфликт между автономией и зависимостью. Близкий

человек постоянно контролирует поведение пациента и одновременно подвергается критике за ограничения, которые из этого следуют.

4) КБТ модель БАР

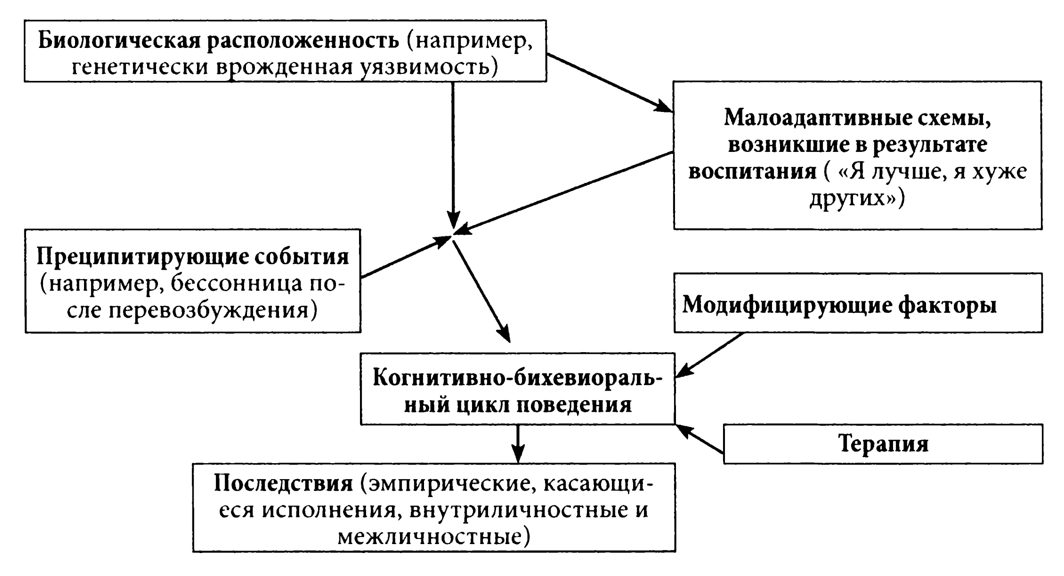


Рис. 8.11. КБТ модель БАР

После вызывающего события (например, травматического) происходит активация малоадаптивных убеждений, которые у биологически предрасположенных индивидов вызывают когнитивно-бихевиоральный цикл изменений (рис.8.11).

Этот цикл может начаться, например, с нарушения сна, изменения в настроении или переживания стресса и дискомфорта. Изменения и трудности появятся во всех сферах цикла (Scott, 2001). Изменения настроения приводят к изменениям в мыслях и чувствах, поведении, межличностных отношениях, и наоборот (рис.8.12).

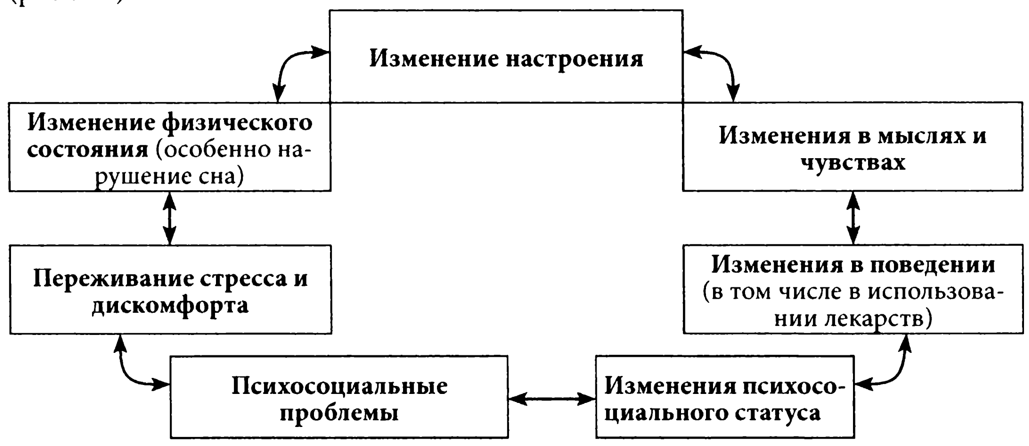


Рис. 8.12. Когнитивно-бихевиоральный цикл изменений при БАР (*в соотв. со Scott*, 2004)

5) Исследование эффективности КБТ при БАР

К сожалению, нельзя установить, в какой степени любое психотерапевтическое лечение может повлиять на острую фазу мании. Больше известно о депрессивной фазе, когда КБТ способна облегчить симптоматику при депрессии легкой и средней тяжести. Мы имеем больше информации о профилактическом лечении.

Индивидуальная КБТ

Было проведено несколько исследований эффективности индивидуальной терапии.

Перри (1999) сосредоточил внимание на выявлении и управлении ранними признаками рецидива с использованием метода КБТ у 69 пациентов, страдающих БАР. Участниками были пациенты с высоким риском рецидива, настроенные на профилактическое лечение. Результаты показали, что в группе, проходившей лечение с помощью КБТ, было существенно меньше случаев маниакального эпизода, чем в контрольной группе, получавшей стандартное лечение (27 % рецидива по сравнению с 57 % рецидивов), они были госпитализированы значительно меньше дней, лучше социально функционировали и работали. Интересно, что профилактические мероприятия повлияли только на частоту маниакальной фазы, но почти не оказали влияния на рецидивы депрессии.

В рандомизированном контролируемом исследовании Ламы (2000) были изучены 25 уязвимых пациентов с частыми рецидивами. После разделения на интервенционную (14 сеансов когнитивной терапии) группу (клиническое направление) и группу самостоятельного лечения пациенты еще 6 мес. были под наблюдением. Группа, проходившая вспомогательную когнитивную терапию, имела значительно меньше эпизодов мании и депрессии, чем контрольная группа. Кроме того, она показала более высокий уровень социальной адаптации.

В исследовании Скотта (2001) сравнивалась когнитивная терапия с претендентами на терапию (waiting list). Пациенты были разделены произвольным образом. После 6 мес. наблюдаемая группа показала значительно лучшие результаты, чем контрольная группа, с точки зрения как симптоматики, так и в социальной адаптации. При катамнезе, длившимся следующие 18 мес., количество рецидивов в группе уменьшилось на 60 % по сравнению с предыдущим периодом (18 мес.) до лечения. Количество пациентов при этих исследованиях, однако, было небольшим (21 человек).

В исследовании Ламы (2002) случайным образом разделили 103 пациента с БАР I на две группы: с когнитивной терапией и стандартным клиническим лечением. После 12 мес. в первой группе наблюдалось существенно меньшее количество рецидивов, чем в контрольной группе, к тому же возникшие эпизоды были значительно короче, имело место меньше случаев госпитализации. Эти пациенты также показали значительно лучшую социальную адаптацию.

Групповые программы КБТ

Целью ранних исследований Cochrana (1984) было изучение профилактического применения лития при сочетании когнитивной терапии и обычного клинического лечения. Автор разделил 28 пациентов на две группы — с когнитивной терапией и стандартным лечением. Когнитивная терапия состояла из 6 сеансов. В течение следующего года профилактику литием прервали только 21 % пациентов,

которые лечились когнитивной терапией, по сравнению с 57 % тех, которые проходили стандартное лечение. В первой группе было отмечено значительно меньше случаев госпитализации.

Программа жизненных целей, разработанная Bauerem (1998), структурирована на основе вмешательства, улучшающую социальную и профессиональную адаптацию. Были использованы когнитивные и бихевиоральные подходы. Программы удовлетворили пациентов и расширили их знания о БАР.

Weiss (2000) использовал групповой формат для лечения пациентов с БАР и зависимостью от наркотических веществ. Он сравнил результаты 21 пациента, прошедших лечение с помощью КБТ, и 24 пациентов, получивших стандартный способ лечения. Состояние пациентов, прошедших групповую КБТ, значительно улучшилось как в психопатологическом смысле, так и в способности воздерживаться от наркотиков. Результаты были значительно лучше и после катамнеза в течение 6 мес.

8.1.2.3. Лечение биполярных аффективных расстройств

Лечение БАР в острой фазе, зависит от доминирующих симптомов. Лечение депрессивной фазы аналогично униполярной депрессии с применением антидепрессантов и психотерапии. Необходимо отказаться от трициклических антидепрессантов, которые повышают риск инверсии фазы к состоянию мании и могут изменить течение заболевания по типу быстрых циклов. Для лечения маниакальной фазы заменяют зарекомендовавшие себя фармакотерапевтические подходы использованием антипсихотических препаратов, стабилизаторов настроения или их сочетание (подробнее см. Herman и др., 2004).

Психотерапевтические стратегии для лечения острой мании не разработаны. Чередование симптомов требует от терапевта значительной гибкости и сотрудничества с пациентом и его родственниками. Важна непрерывность стабильных терапевтических отношений, в которых учитываются все аспекты расстройства и его лечения фармакологическими препаратами.

Две фазы лечения БАР и их различные цели *(в соотв. С Herman и др., 2004)*

Острая фаза (продолжительность около двух месяцев)

Цель: симптоматическое лечение острых эпизодов

Как можно чаще использовать стабилизатор настроения.

Поддерживающая (профилактическая) фаза

Цель: профилактика рецидивов расстройства настроения.

В некоторых случаях рекомендуется пожизненный прием стабилизатора настроения Задача данной фазы — не допустить повторения нарушений настроения, несмотря на непрерывное применение стабилизатора настроения («breakthrough» эпизодов), при его возникновении — лечение этого эпизода. Лечение субсиндромных симптомов расстройств настроения.

8.1.2.4. Фармакотерапия и другое биологическое лечение БАР

Лечение острых маниакальных и смешанных эпизодов

Основным методом лечения пациентов с маниакальным или смешанным эпизодом является воздействие на симптомы болезни. Особенно важно быстрое вме-

шательство при возбуждении и агрессивности больного и обеспечение безопасности для его окружения

Медицинские препараты, чья эффективность была доказана при лечении острых или смешанных маниакальных эпизодов (Herman и др., 2004.): литий, вальпроат, карбамазепин, окскарбазепин, оланзапин, рисперидон, хлорпромазин, галоперидол, клозапин, зипрасидон, кветиапин, арипипразол.

В первой стадии лечения наряду с литием и вальпроатом проводится монотерапия оланзапином (Sachs и соавт., 2000; Suppes и соавт., 2002). Маниакальные и смешанные эпизоды с психотическими признаками обычно требуют лечения с помощью антипсихотических препаратов в сочетании со стабилизатором настроения. Для пациентов с менее тяжелым маниакальным, гипоманиакальным или смешанным эпизодом может быть назначено лечение приемом лития, вальпроата или антипсихотических препаратов (оланзапин или кветиапин) в монотерапии. Если пациент испытывает острую тревогу или беспокойство, целесообразно применить высокоэффективные бензодиазепины (лоразепам, клоназепам). В случае смешанных эпизодов перед приемом лития отдается предпочтение вальпроату. Альтернативным вариантом лития или вальпроата является карбамазепин. Атипичные антипсихотические препараты более предпочтительны, чем конвенционные, из-за более легких побочных эффектов. Наибольшее количество проверенных данных доступно при лечении оланзапином, рисперидоном и кветиапином. Если это возможно, то желательно прекратить прием антидепрессантов при маниакальных или смешанных эпизодах. Если во время профилактического лечения (breakthrough) проявятся маниакальные или смешанные эпизоды, необходимо оптимизировать дозу применяемого препарата.

На втором этапе иногда назначают антипсихотические препараты. Фармакотерапия должна сочетаться с психосоциальным вмешательством.

Если результат не достигнут с помощью оптимальной дозировки применяемых лекарств, рекомендуется добавить еще один препарат. Другой вариант замена первоначально применяемого препарата на карбамазепин или добавление антипсихотических средств, если пациент их уже не принимает, либо замена одного антипсихотического препарата другим. Резистентным пациентам может быть эффективен клозапин.

Электрошоковая терапия используется для пациентов с тяжелой или устойчивой манией либо когда нет другого предпочтительного варианта. Электрошок также подходит при смешанных эпизодах и тяжелой мании во время беременности.

Депрессивные эпизоды

Первым фармакологическим шагом в лечении депрессивного эпизода БАР является назначение лития или ламотриджина. Монотерапия с помощью антидепрессантов не рекомендуется. Для тяжелых пациентов лечение следует начинать с комбинации лития и антидепрессантов, которая возможна для женщин, страдающих депрессией во время беременности. Если проявятся симптомы депрессивного эпизода во время профилактического лечения (breakthrough), в первую очередь необходимо оптимизировать дозу принимаемого препарата. Если, рекомендуется добавить ламотриджин, бупропион или пароксетин. В качестве альтернативы можно добавить антидепрессант из группы SSRI или венлафаксин.

Депрессивные эпизоды с психотическими признаками обычно требуют применения антипсихотических препаратов. Альтернативным вариантом лечения тяжелых больных (суицидальных, психотических или кататонических), является электрошоковая терапия.

Течение по типу быстрых циклов

Необходимо исключить любое злоупотребление веществами, вызывающими зависимость или соматические заболевания (гипотиреоз), которые могут быть связаны с быстрым циклированием и требуют специфического лечения. Некоторые лекарственные препараты, в частности антидепрессанты, могут способствовать быстрому циклированию. Если это возможно, их применение надо прекратить. Главным методом лечения БР, протекающего по типу быстрых циклов, является введение лития или вальпроата; альтернативным вариант —ламотриджин и оланзапин. Многим пациентам помогает комбинация фармацевтических препаратов.

Поддерживающее и профилактическое лечение

Речь идет о профилактике рецидива, лечении субсиндромальных симптомов, о снижении риска суицида, уменьшении частоты циклирования фаз, лечении эмоциональной нестабильности, улучшении общего психосоциальной адаптации. Переход к поддерживающему и профилактическому лечению зависит как от интенсивности и частоты эпизодов, так и от возможного психологического воздействия других потенциальных эпизодов, требует согласия пациента и его семьи. Поддерживающая терапия, как правило, рекомендуется после первого маниакального эпизода (Sachs и др., 2000), в частности, если присутствует положительный анамнез семьи относительно расстройства настроения, именно при БАР. Поддерживающая терапия пациентов с БАР II считается оправданной с критериями, как для БАР I (положительный анамнез семьи относительно расстройства настроения, эпизодов расстройства в анамнезе).

Оценка поддерживающей терапии, более трудна, чем изучение острых эпизодов БАР. Непросто выбрать основной критерий эффективности лечения. Из-за риска повторения расстройства настроения и суицидального поведения было проведено всего несколько плацебоконтролируемых исследований, в которые были включены пациенты с более легкой формой БАР,.

Медикаментозное лечение, которое доказало свою эффективность в профилактике БАР *(в соотв. с Herman и др., 2004.)* литий, вальпроат, ламотриджин, карбамазепин, клозапин, оланзапин.

После ремиссии острых эпизодов БАР, пациенты в течение 6 мес. подвержены значительному риску рецидива. Этот период называют поддерживающей фазой лечения. Заслуженно оправданной считается поддерживающая терапия у пациентов с БАР II.

Если в БАР преобладали гипоманиакальные и маниакальные эпизоды, а не депрессивные, то в поддерживающей фазе главными препаратами будут литий и вальпроат; если преобладали депрессивные эпизоды, то литий и ламотриджин (альтернативный вариант —карбамазепин). Если во время терапии достигнута ремиссия с помощью одного из этих препаратов, его надо принимать в поддер-

живающей фазе. Поддерживающее лечение электросудорожной терапией можно назначить пациентам, которые положительно реагировали на аналогичную терапию во время острой фазы.

Если пациентам в острой фазе помогали антипсихотические препараты, рекомендуется принимать их в период поддерживающей фазы. Длительное применение антипсихотических препаратов назначают при долгосрочных психотических симптомах или для профилактически. Пациенты, у которых присутствуют субсиндромальные симптомы или депрессивные эпизоды, , могут к назначенному стабилизатору настроения потребовать атипичных антипсихотических препаратов или антидепрессантов.

8.1.2.5. Специфические психотерапевтические подходы для БАР

Пациенты страдают от последствий предыдущих эпизодов, они уязвимы к возникновению будущих эпизодов, а острая и поддерживающая терапия может вызвать их побочные эффекты. Кроме того, у многих пациентов между эпизодами возникает эмоциональная нестабильность, а также субсиндромальные и резидуальные симптомы заболевания. Основная цель психотерапевтического вмешательства состоит в уменьшении страха, связанного с БАР, улучшении психосоциальной адаптации между эпизодами и уменьшении, частоты, тяжести и продолжительности последующих эпизодов.

Большинство пациентов с БАР сталкиваются со следующими ситуациями (Herman и др., 2004.):

а) эмоциональные последствия после прошлых эпизодов мании или депрессии;
б) сознание того, что он страдает от серьезного, потенциально хронического психического расстройства;
в) стигматизация и связанные с ней заниженная самооценка и уязвимость;
г) задержка или отклонение в развитии личности и психики;
д) страх рецидива болезни с последующим ингибированием самостоятельного психосоциальной адаптации;
е) трудности в межличностных отношениях, в том числе проблемы, связанные с партнерскими отношениями, браком и воспитанием детей;
ж) проблемы на работе;
з) правовые, социальные и эмоциональные проблемы как результат небрежного, неадекватного, антиобщественного или агрессивного поведения во время эпизодов.

Стратегия психотерапевтического лечения предусматривает сочетание с фармакотерапевтическим. Модель «уязвимость — стресс» предполагает, что лекарства влияют на биологическую основу расстройства, в то время как психотерапия увеличивает устойчивость к стрессам, улучшает семейную обстановку, восстанавливает дисфункциональные когнитивные процессы и приводит больного к гармонизации распорядка дня (Lam, 2002).

Современные исследуемые подходы:

- лечение, адресованное семье;
- интерперсональная терапия и лечение социальных ритмов;
- мониторинг продромальных симптомов;
- КБТ.

Данных о положительном влиянии специфических психотерапевтических вмешательств при БАР мало, однако они обнадеживают.

Лечение, адресованное семье (Family-focus treatment, FFT)

В семьях, где люди слишком сильно выражают свои эмоции, чрезмерно критичны или враждебны, биполярные пациенты имеют значительно худший вариант развития расстройства. Необходимо научить членов семьи коммуникационным навыкам и систематическому решению проблем после ремиссии расстройства. В контролируемом исследовании Miklowitz (2000) описано значительно меньше случаев рецидива в группе, которая прошла FFT ($n = 31$), чем в группе, посетившая только 2 обучающих сеанса ($n = 70$). Наибольшее значение имело FFT для пациентов из семей с высокой эмоциональностью.

Интерперсональная терапия и лечение социальных ритмов (Interpersonal and Social Rhythm Therapy, IPSRT)

Регулярный режим дня, особенно сон (но и питание, физические упражнения и социальное взаимодействие) и снижение интерперсонального стресса, к упрочнению суточной ритмичности и, таким образом, приводит к уменьшению чрезмерной стимуляции, которая предшествует развитию эпизодов. Frank (2000) в исследовании показал, что IPSRT (n=12) в сравнении с клиническим ведением (n=20) привела к значительно большей психологической стабильности в течение года.

Мониторинг продромальных симптомов

Perry (1998) в рандомизированном контролируемом исследовании разделил 69 пациентов на интервенционную группу (с 7— 12 сеансами) и на контрольную группу с обычным клиническим ведением. В интервенционной группе пациенты учились контролировать продромальные симптомы и вовремя обращаться за психиатрической помощью. Эта интервенция была важна в профилактике маниакальных эпизодов (но не депрессивных) в течение 18 мес. наблюдения. Пациенты из интервенционной группы достигли существенного улучшения социальной адаптации.

8.1.2.6. КБТ подход при биполярных аффективных расстройствах

КБТ при лечении острого БАР фокусируется на пациентах с легкой и средней стадией депрессии, с гипоманией, на пациентах с резидуальными симптомами. Основной целевой группой, однако, являются пациенты в стадии ремиссии расстройства, которые учатся снижать свою уязвимость к риску дальнейших рецидивов. Процесс КБТ начинается с когнитивно-бихевиоральной формулировки отдельных проблем пациента, связанных с БАР, акцентируя роль неадекватных убеждений (чрезмерный перфекционизм и нереалистичное ожидание принятия), которые затем провоцируют неадекватные автоматические мысли. После этого пациент учится снижать общий стресс с помощью режима дня и обработки неблагополучных и неадекватных отношений (когнитивных схем), которые обычно приводят к частому изменению и нарушению социальных ритмов. Пациент учится контролировать продромальные проявления. Особое внимание уделяется

управлению стрессом с помощью планирования деятельности, навыков общения и стратегии решения проблем.

1) КБТ обследование

Во время обследования пациента с БАР терапевт должен обратить особое внимание на текущие и на анамнестические признаки. Поставить диагноз обычно бывает нетрудно; для уточнения диагноза и сопутствующих заболеваний служит структурированное интервью MINI (Lecrubier и соавт., 1997). У пациентов с БАР, как правило, присутствуют симптомы депрессии, мании или гипомании, но могут доминировать и другие проблемы, такие как злоупотребление веществами, вызывающих зависимость, импульсивность, раздражительность, бессонница и личные проблемы. Реже пациенты спонтанно сообщают о маниакальных и гипоманиакальных симптомах. Терапевт должен уделить особое внимание оценке этих симптомов между депрессивными эпизодами. Обычно они происходят на фоне эмоциональной лабильности, снижения потребности во сне и увеличения энергетического потенциала. При определении гипоманиакальных симптомов часто помогает информация, полученная от родственников пациента. Разговор в присутствии партнера часто активирует скрытые гипоманиакальные симптомы и позволяет диагностировать их. Полезным инструментом для обнаружения гипоманиакальных симптомов является опросник расстройств настроения (Mood Disorder Questionnaire.) оценивает степень гипоманиакальных симптомов. Критическое значение для вероятного наличия БАР — 7 и более положительных ответов. Это значение обеспечивает чувствительность (7 из 10 человек с БАР правильно определены) и специфичность (9 из 10 людей, которые не страдают БАР исключаются).

Опросник расстройств настроения (*Hirschfeld и др., 2000*).

1. Был ли когда-нибудь в вашей жизни период, когда вы себя чувствовали не как обычно?	**Да**	**Нет**
Чувствовали ли вы себя настолько хорошо или весело, что другие люди подумали, что это на вас не похоже, или вели ли себя так, что могли попасть в проблемную ситуацию?		
Были ли Вы настолько раздраженным, что кричали на людей, дрались или ссорились?		
Чувствовали ли вы больше уверенности в себе, чем обычно?		
Требовалось ли Вам гораздо меньше сна, чем обычно, или вы обнаружили, что сон не нужен?		
Были ли вы гораздо более разговорчивым или говорили быстрее, чем обычно?		
Приходили в голову мысли вам очень быстро или вы не были в состоянии замедлить поток мыслей?		
Мешали ли Вам окружающие вещи до такой степени, что вы не могли сосредоточиться на определенной мысли?		
Было ли у Вас больше энергии, чем обычно?		
Были ли вы более активны, чем обычно, или вы успевали сделать больше вещей, чем обычно?		
Были ли вы более общительным и открытым, чем обычно? Например, вы звонили друзьям посреди ночи?		

Были ли вы заинтересованы в сексе больше, чем обычно?		
Совершали ли вы поступки, которые для Вас необычными или о которых другие люди могли подумать, что они необоснованны, глупы или рискованны?		
Вы тратили много денег, что это создало трудности для вас и вашей семьи?		
2. Если вы ответили «да» более чем на один из этих вопросов, проявились ли некоторые из этих симптомов в один и тот же период времени? Да Нет **3. Оцените проблемы, которые создали вам вышеперечисленные симптомы. Например, неспособность работать, иметь семью, деньги, проблемы с законом, ссоры и драки** *Не было проблемы* *Небольшая проблема* *Средняя проблема* *Серьезная проблема*		

При обследовании пациента врачу важно учитывать атмосферу в его семье. Мера выражения эмоций (*expressed emotion*), как правило, совпадает с участием и позицией семьи. Высокий уровень выражения эмоций в семьях проявляется особенностью коммуникации, которая усугубляет развитие и может увеличить риск рецидива. Речь идет о постоянной критике (гиперкритичность), о неуместной и преувеличенной опеке со стороны родственника (гиперпротекция).

Сильные эмоции родственников больные часто называют «переигрывание», «чрезмерная забота», «истерия», «тенденция к защите от опасностей внешнего мира». Мы знаем, что сильная эмоциональность негативно влияет на развитие БАР. Исследования достоверно показали увеличение случаев рецидива. Мера выражения эмоций не является стабильным и неизменным индикатором. С одной стороны, заболевание пациента может негативно влиять на выраженность эмоций, а с другой —не исключено, что сами родственники после объяснения с врачом изменят свой способ коммуникации. Положительное действие на поведение родственников (снижение эмоционального уровня) приводит к значительному снижению риска рецидива.

Обследование биполярных пациентов в КБТ происходит как и при любом другом диагнозе, однако при значительной психопатологии (маниакальной и депрессивной) и при отсутствии сотрудничества может быть невозможно. Эти состояния требуют медикаментозного лечения, а КБТ можно проводить только при уменьшенной интенсивности симптомов. Так как КБТ при БАР предназначена для предотвращения новых эпизодов, обследование должно учитывать как повышенный период, так и период подавленного настроения.

Пример оценки пациента с БАР

1. Топография изменений настроения

(+)

— Восприятие: более яркие цвета, свои сильные стороны, достижения, красота и т.д.
— Частота: маниакальная фаза 4 раза в жизни, краткосрочные фазы гипомании много (около 10) раз в году.
— Продолжительность: мания — неделями (5 недель, 3 недели, 6 недель, 3 недели) — всегда купируется с помощью медикаментозного лечения; краткосрочные гипомании — 2–3 дня, заканчиваются спонтанно, 4 раза переходили в манию.

(-)

— Восприятие: негативное — себя, обстоятельств, неудач, неспособности; будущее видится черным.
— Частота: депрессии 7 раз в жизни, короткие субдепрессии много раз (около 8) в году.
— Продолжительность: депрессия — несколько недель или месяцев, обычно 6 — 12 недель, всегда лечат с помощью антидепрессантов; краткосрочные субдепрессии — 1 — 4 дня, исчезают либо спонтанно, либо дополнительным назначением лекарственных препаратов, неоднократно переходили в глубокую депрессию.
— Преждевременное опасение депрессии: думает об этом 30 % времени, опасение мании не указывается.

2. Антецеденты

(+)

Ситуация: бодрствование, вечеринки, успешная работа, переутомление, слишком много солнца в летний период, пересечение нескольких часовых поясов, влюбленность, потеря работы.

— Внутренние физические: от радостного волнения до беспокойства, приятное сердцебиение и покалывание пальцев.
— Внутренние когнитивные: наслаждение мыслями о своей исключительности, незаменимости, чрезмерных способностях, успехе; чередование критичности и снисходительности, глядя на других людей.
— Внутренние эмоциональные: эйфория, радость, но и гнев.
— Деятельность: особенно которая касается нарушения обычной программы (см. Ситуация).
— Химические вещества: прекращение приема лития, алкоголь, чрезмерное количество кофе.

(-)

Ситуация: неоднократная критика во время конфликта с начальством, срывы на работе, невозможность найти новое место, ссоры с родителями, переработка, разрыв отношений с подругой, смерть тети.

— Внутренние физические: после повторных вирусных инфекций, после операции.
— Внутренние когнитивные: повторяющиеся мысли о несправедливости, невозможности изменить события, собственная неспособность, ошибки, сравнение себя с другими.
— Внутренние эмоциональные: чувство грусти после разрыва отношений, чувство вины после увольнения с работы и после ссоры с родителями.
— Деятельность: период времени, когда он пассивно плывет по жизни, отказывается от приятных мероприятий, чаще изолируется от остальных людей.
— Химические вещества: алкоголь.

3. Когнитивная обработка

(+)

«Я великолепный. Все пойдет хорошо. Они этого не понимают. Мне никогда не было лучше. Теперь я со всем могу справиться. Я, наконец, счастлив и доволен. Я смогу сделать все, что захочу. Они увидят, насколько я хорош».

(-)

«У меня ничего не получается, потому что я бесполезен. Я никому не нужен. Все, что я делал, я испортил. Я хуже других. Я опозорюсь перед остальными. Все видят, насколько я неловкий, бесполезный. Они меня осуждают, потому что я развалина. Я теряю память. Мне уже никогда не будет хорошо. Это моя вина. Ничего не имеет смысла. Я предпочел бы умереть».

4. Бихевиоральные реакции на изменения в настроении

(+)

— Чрезмерная активность: разрыв между разной деятельностью, грандиозное планирование, покупки, путешествия, чрезмерное общение с разными людьми, телефонные звонки, хождение по барам, конфликты с родителями, ссоры, оскорбление окружающих людей, флирт, свободные сексуальные контакты, деятельность в ночное время (при отсутствии необходимости во сне).

(-)
— Избегание: от социальных контактов, более сложных задач, откладывание деятельности.
— Пассивность и защита от неудачи: сидение в кресле, чрезмерное лежание в постели и сон, нытье, обращение за помощью к родителям, необходимость в заверениях, глотание снотворного в течение дня, чтобы «проспать дискомфорт».

5. Последствия

— Внутриличностные: постоянно растущее ощущение, что человек не может себя контролировать и управлять собой, отдан на милость заболеванию. Нарастающий ужас новых фаз (особенно депрессивных, но и страх перед проблемами, которые могут вызвать манию). Повышенный контроль за своим настроением, самообозначение, стыд перед другими людьми за свое заболевание. Низкая самооценка, дихотомический и чрезмерно обобщающий стиль мышления.
— Межличностные:

работа: из—за болезни повторно уволен с работы, проблема найти новое место (при гипомании — конфликты с другими, а при мании — игнорирование работы), проблема сосредоточиться на задании либо неспособность работать в депрессивном состоянии, проблемы с частой госпитализацией, принят работодателем в качестве нестабильного и неопределенного.

семья: родители пристально следят за каждым изменением, обвиняют в том, что это было вызвано отсутствием дисциплины (следующая фаза заболевания), указывают на то, насколько хороши дети у других родителей, чередуют критику и чрезмерную защиту, часто из—за его болезни ссорятся между собой, ищут виновника, семейная обстановка напряженная и взрывная, при депрессии больше защищают, упрекают и заставляют выполнять какую—либо работу, при мании сильные ссоры, иногда драки с членами семьи.

свободное время: проводит дома, если в данный момент нет приступов мании, при которой он чрезмерно предприимчив и общителен, в состоянии депрессии он полностью закрыт и изолирован; свое хобби и интересы, а также друзей — все он потерял из—за повторных стадий заболевания (отсутствие компании и друзей).

6. Модифицирующие факторы

Настроение стабилизируется с помощью применения лития. Регулярная работа и периоды спокойствия в трудовых отношениях, регулярные занятия спортом. Меньший интерес родителей. Партнерские отношения (в настоящее время отношений нет).
Настроение дестабилизируют особенно бессонные ночи, стресс, чрезмерная активность, драки, употребление алкоголя, прекращение применения лития, депрессия весеннего сезона, мания в летний период и путешествие через часовые пояса.

7. Когнитивные схемы:

Основные:
«Я лучше хуже, чем другие.
Люди лучше — хуже меня.
Мир принимает только лучших».
Производные:
«Чтобы я выстоял, мне нужно быть успешным во всем, что я делаю, быть лучше, чем другие.
Люди любят только успешных.
Цель жизни — иметь успех,
Если я не буду успешен, моя жизнь не имеет смысла»

Сообщается, что 15 — 19 % пациентов с БАР кончают жизнь самоубийством (Goodwin и Jamison, 1990). Оценка этого риска, следовательно, существенна при клиническом лечении пациента. Подавляющее большинство пациентов с БАР совершают суицид во время депрессивных или смешанных эпизодов, с наличием депрессивных признаков (Isometsa и др., 1994).

1. Клинические особенности риска при суицидальном поведении у пациентов с биполярным расстройством *(в соотв. с Herman и др., 2004)*:
2. суицидальные или гомицидные мысли, намерения или планы;
3. доступ к средствам, позволяющим совершить самоубийство (огнестрельное оружие, яд), и их опасность;
4. бред, галлюцинации, и другие психотические симптомы;
5. значительное беспокойство;
6. зависимость от алкоголя и наркотических средств;
7. попытки суицида в анамнезе;
8. суицидальные попытки родственников пациента или недавнее самоубийство близкого человека.

2) Оценка и измерение

Для оценки настроения можно использовать стандартную аналоговую шкалу, где 0 —нормальное настроение, +3 — мания, —3 — депрессия (используются также значения от —10 до +10, проценты). Для оценки депрессии нам может помочь объективная шкала HAMD (шкала Гамильтона) или MADRS (шкала Монтгомери и Асберг) или самооценивающие вспомогательные материалы — опросник депрессии Бека или шкала Зунга. При долгосрочном и профилактическом лечении пациентов с БАР важным вспомогательным пособием является дневник настроения, в котором пациент каждый день записывает принимаемое лекарство, пройденную психотерапию, количество часов сна ночью, серьезные жизненные события, раздражительность, беспокойство, лучшее и худшее настроение в тот день. Кружком обозначаются дни менструального цикла у женщин, в конце каждого месяца необходимо записывать вес.

Дневник настроения

Медикаментозное лечение					**Месяц / год**	**0 = нейтральное 1 = спокойное 2 = умеренное 3 = выразитель-ное**			**Настроение Каждый день записывайте лучшее и худшее настроения 0 = нейтральное; 1 = спокойное; 2 = умеренное; 3 = выразительное**						
									Депрессия			**Норма**	**Гипо/мания**		
Лекарство........мг/день	Лекарство........мг/день	Лекарство........мг/день	Лекарство........мг/день	Психотерапия	Ежедневные заметки	Раздражительность	Тревога	Количество часов сна	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
					1.										
					2.										
					3.										
					4.										
					5.										
					6.										

					7.										
					8.										
					9.										
					10.										
					11.										
					12.										
					13.										
					14.										
					15.										
					16.										
					17.										
					18.										
					19.										
					20.										
					21.										
					22.										
					23.										
					24.										
					25.										
					26.										
					27.										
					28.										
					29.										
					30.										
					31.										
					Вес=										

3) Проблемы и цели, план лечения

КБТ БАР является дополнением к фармакотерапии. Она сосредоточена прежде всего на депрессивном эпизоде и профилактике фаз, удалении остаточных симптомов, может помочь при гипомании. В дополнение к лечению симптомов КБТ сосредоточена на работе с жизненными проблемами пациента и его семьи, а также на когнитивных схемах, которые часто связаны с неадекватным образом жизни пациента.

На первом сеансе КБТ пациент рассказывает свою историю и в хронологическом порядке описывает проблемные периоды своей жизни, начиная с детства и до настоящего времени. Нынешние проблемы подразделяются на следующие области (Scott, 2004):

1. Внутриличностные (например, низкая самооценка, когнитивные искажения).
2. Межличностные (например, отсутствие социальных связей).

3. Основные (например, тяжесть симптомов, проблемы с концентрацией внимания на работе).

Хотя у каждого пациента мы должны определить его конкретные цели, связанные с развитием БАР, можно описать и общие проблемные темы.

Общие темы для КБТ при БАР (в соотв. с Scott, 2004):

Адаптация к болезни и ее лечению.

4. Сотрудничество в области приема лекарств.
5. Уверенность в себе и самопринятие.
6. Снижение малоадаптивного и рискованного поведения.
7. Выявление и модификация психобиосоциальных дестабилизирующих факторов. Помощь пациенту отличить и справиться с психосоциальными стрессорами и проблемами.
8. Обучение навыкам борьбы с симптомами депрессии, гипомании и другими когнитивными и бихевиоральными проблемами.
9. Распознавание предостерегающих признаков рецидива и помощь пациентам в разработке стратегии.
10. Выявления и модификации автоматических мыслей (отрицательных или положительных) и дисфункциональных убеждений и схем.
11. Самоконтроль с помощью домашних заданий.

4) Лечебные интервенции КБТ маниакального эпизода

При лечении мании целесообразно объединять фармакологические и психотерапевтические подходы. Последние сами по себе не являются эффективными, однако могут улучшить состояние пациента.

Управление и преодоление актуального кризиса

Часто за помощью к психиатру обращаются родственники больного, а не он сам. Если проблемное поведение установлено психиатром как нездоровое, основная цель заключается в минимизации ущерба, причиненного манией. Использование фокусной кризисной психотерапии показано пациентам, которые, например, отказываются от лечения. Цель —разрешение амбивалентности в пользу медикаментозного лечения и достижения сотрудничества. В диалоге с пациентом мы ищем компромисс («или—или» и «как—так»), на его фоне преодолеваем страх, агрессию и радость. Часто у пациентам с манией терапевты предлагают справиться с унижением и отвержением, актуализируется тема власти и принуждения. Быстрое и целевое терапевтическое вмешательство с убеждением пациента, чтобы он принимал лекарства и/или в психиатрическую больницу, может иногда не удастся из-за несогласия пациента. Тем не менее этот подход более эффективен, чем ожидание. Убедить пациента в том, чтобы он начал принимать лекарства (при гипомании) или чтобы он обратился в психиатрическое учреждение (при мании), часто бывает очень трудно, требует терпения, доброты и настойчивости. Если у нас были налажены хорошие отношения с пациентом до его маниакальной фазы, его удается убедить. Если это не так или пациент в прошлом имел негативный опыт лечения, возникает конфликтная ситуация. Лучше устоять в этом конфликте с пациентом, чем позже сталкиваться с негативными последствиями мании. В случае острого эпизода решение требует определенного времени, тогда как в периоде без симптомов или депрессии нет никаких причин для отказа.

Во время маниакального эпизода для пациента оптимальна тихая, структурированная обстановка. Внешние раздражители (телевидение, музыка или шумные разговоры) могут усилить симптомы мании. Родственников следует консультировать о поведении больного, необходимо оградить больного от кредитных карт, банковских счетов и телефона. При работе с семьей терапевту часто навязывают роль судьи, посредника между сторонами (Simon и др., 1989). Он должен отнестись к этому с пониманием, но при этом лавировать между справедливостью и несправедливостью.

Объяснение заболевания и возможности лечения

Пациент и его окружение часто не различают болезненное и нормальное, реактивное в поведении другой стороны. Таким образом, объяснение того, как проявляется и протекает болезнь, по какой причине и как могут себя вести близкие люди, чтобы ситуация не ухудшилась, является основой для минимизации убытков, и залогом сотрудничества всех сторон. Это трудно особенно при гипомании, когда поведение не может быть воспринято как патологическое. Пациенту необходимо сообщать как о проявлениях заболевания, так и о лечении острой фазы с помощью лекарственных препаратов, об их побочных эффектах, о важности долгосрочной профилактики. Понимание расстройства с биологической точки зрения способствует снижению чувства вины пациента, а также уменьшению упреков семьи. Чисто биологический смысл снижает возможность пациента реагировать на болезнь через изменение поведения и убеждений, поэтому предпочтительно объясняться в рамках модели уязвимость— стресс.

Интеграция заболевания в жизненную ситуацию и объяснение необходимых мер для развития

При острой мании важно понимать контекст расстройства. Если пациент и его родственники поймут аспекты развития заболевания (например, активирующей ситуацией являются трудности в институте, когда пациент самостоятельно должен справляться с трудностями, разлука с семьей, совместное проживание со сверстниками в общежитии), кризис приобретет личностный и социальный смысл.

Социальные связи, в том числе психологические травмы

После ослабления острой мании необходимо обработать эмоциональные и социальные последствия эпизода. Мы сосредоточимся на конфликтах в отношениях (пациент и его родственники должны выяснить, что их обидело и кто кому причинил вред). Терапевт может выступать в качестве инициатора для всплеска и успокоения эмоций, определения чувства вины и выяснения отношений.

Защита от рецидива

Одной из основных целей лечения БАР является предотвращение рецидивов. В начале и в процессе терапии врач говорит о долгосрочном использовании лекарственных средств и о кризисных вмешательствах при возможных рецидивах. Во время лечения мании или депрессии (если оно осуществляется в больнице) должно быть четко спланировано и готово амбулаторное долечивание. Необходимо научить пациента выражать свои эмоции и решать проблемы (см. раздел о профилактике БР). С пациентом и его семьей следует обсудить меры, которые

должны быть приняты при рецидиве. Всем должно быть ясно, что любая новая госпитализация не должна восприниматься как поражение или неудача. Целью соглашения о кризисной интервенции является умение вести себя беспомощном состоянии и усиление безопасности пациента и его родственников. Может иметь смысл и письменный договор о лечении.

КБТ депрессивного эпизодов

У пациентов с униполярной депрессией доказана эффективность КБТ и интерперсональной психотерапии в самостоятельной форме и в комбинации с фармакотерапией. При депрессивных эпизодах БАР эффективность методов КБТ практически одинакова униполярной депрессией. Аналогичен и подход к лечению. Необходимо подчеркнуть, что при БАР рекомендовано назначать тимопрофилактические средства даже при начальных стадиях депрессии.

Методы КБТ, устраняющие остаточные симптомы и предотвращающие рецидив

Наиболее важным направлением КБТ БАР является профилактическое. Уязвимость пациентов к эпизодам мании или депрессии представлена следующими темами:

1. Страх рецидива.
2. Опасения возможной автономии (принятие решений и оценка ситуации): с одной стороны, риск неудачи и большей безопасности, с другой — зависимость от среды.
3. Ориентация на производительность и социальные нормы (с точки зрения психодинамического подхода безудержное суперэго»).
4. Угроза и средства защиты от нее (речь идет о постоянной угрозе собственной самооценке).
5. Принятие решений и компромиссы (дихотомический опытом автономии — зависимости).

Основные методы КБТ:

а) создание и поддержание терапевтического союза;
б) понимание БАР и его симптомов;
в) сотрудничество при лечении;
г) устранение специфических стрессоров;
д) сбалансированный способ мышления;
е) целенаправленное планирование деятельности с акцентом на ритмичность;
ж) подготовка в области коммуникации и социальных навыков;
з) обучение релаксации;
и) решение жизненных проблем;
к) реструктуризация когнитивных схем;
л) профилактика рецидивов и контроль продромальных симптомов.

БАР — это длительное заболевание, которое по-разному проявляется у пациентов на разных стадиях их болезни. Установление и поддержание терапевтического союза между пациентом и врачом является важным условием для лечения конкретного больного. Существенным элементом этого союза является история его болезни, что позволяет как можно частые диагностировать продромальный период и симптомы нового эпизода.

Скотт (2004) рекомендует определенную программу КБТ для биполярных пациентов продолжительностью 40 недель. Основные проблемные области (внутриличностные, межличностные и проблемы, связанные с симптоматикой) при КБТ прорабатываются в течение 20—25 сеансов, проводятся на начальном этапе один раз в неделю, а с 15-й недели частота сеансов снижается. Последние 2 сеанса проводят с интервалом 8 недель. На заключительных сеансах уточняют навыки, знания и методы, которые освоены во время лечения. Терапевтическую программу лечения можно разделить на следующие этапы (Scott, 2004):

Объяснение модели КБТ (психообразование, конкретизация и лечение) и создание концептуализации терапевтических целей

Терапия начинается с осмотра пациента. Мы узнаем, как он сам понимает свои эпизоды БАР, делаем акцент на идентификации продромальных сигналов, событий или стрессоров, которые предшествовали или были связаны с предыдущими эпизодами, стараемся определить типичные когниции при мании, депрессии даже в периоды ремиссии, бихевиоральные реакции, последствия и модифицирующие факторы на различных стадиях болезни. Важно понять предрасполагающие биологические и психосоциальные факторы, внутриличностные и межличностные последствия фазы и проблемного поведения. Фактическое обследование включает терапевтические элементы. Терапевт спрашивает о взаимосвязи и контексте, что позволяет оценить ситуацию.

Пациенту необходимо указывать на симптомы и проблемы, чтобы связать их с дальнейшей КБТ.

Диаграмма, иллюстрирующая цикл изменений при БАР, помогает пациенту понять, как связаны друг с другом отдельные изменения. Для ранней фазы терапии это важно. Она показывает связь между мыслями, поведением, эмоциональными и физическими реакциями. Пациент начинает понимать активирующие события и контекст развития расстройства. В связи с тем что пациент, как правило, не в состоянии сосредоточиться на длительный срок, рекомендуется объяснять ему взаимосвязи постепенно, в более мелких единицах.

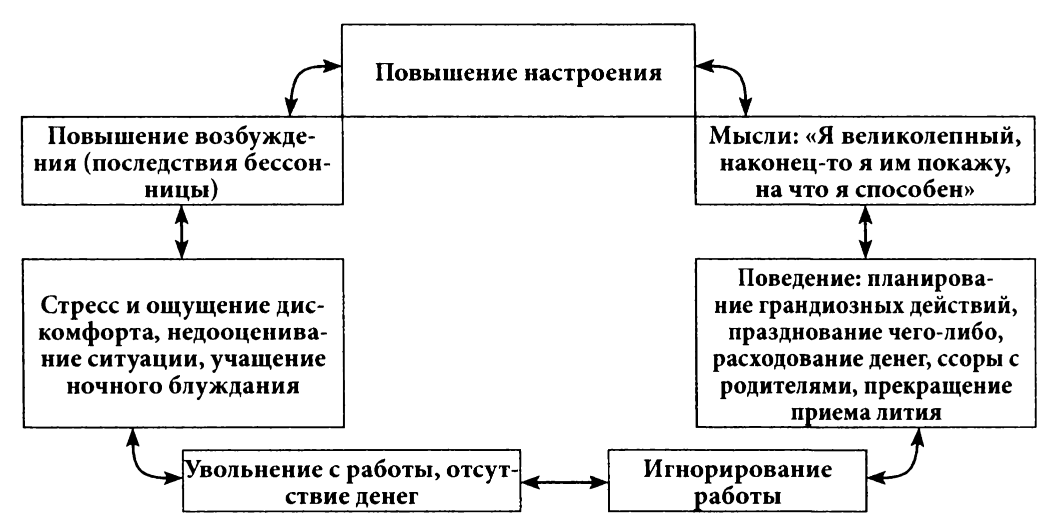


Рис. 8.13. Пример КБ-цикла изменений в качестве иллюстрации для пациента

Пациенты, страдающие БАР, получают при обучении преимущество. Пациентов надо информировать об эпидемиологии расстройства, прогнозе, взаимосвязи БР с дневными ритмами, правилами и веществами, вызывающими зависимость. Следует рассказать и о долгосрочном применении тимостабилизаторов, оценить отношение пациента к лечению с помощью этой стратегии, скорректировать возможные дисфункциональные убеждения по отношению к медикаментозному лечению. Не все пациенты в состоянии принять тот факт, что страдают от болезни, которая нуждается в долгосрочном лечении. Обучение пациента и членов его семьи должно активизировать сотрудничество, в том числе способность отличить субсиндромальные и продромальные симптомы болезни. Можно использовать брошюры о болезни (Praško и соавт., 2003), информационные и дискуссионные форумы в Интернете, участие пациентов с БАР в группах поддержки, если они доступны. Оптимальным вариантом может стать групповое психообразование отдельно для пациентов и их родственников. Последних мы учим различать проявления заболевания и личности пациента.

Многие пациенты имеют по меньшей мере, двойственное отношение к своему заболеванию и к его лечению. Это может привести к нарушению сотрудничества и, как следствие, способствовать рецидиву. Пациент может не понимать свою болезнь или не захотеть отказаться от приятных ощущений во время гипомании и мании. Чувства эйфории и завышенной самооценки пациенты могут воспринимать позитивно, не задумываясь о катастрофических последствиях развитого маниакального или последующего депрессивного эпизода. Врачу бывает трудно выявить у пациента побочные эффекты лечения, часть которых может быть снижена изменением дозы принимаемого препарата или заменой на постепенно расслабляющие. Наличие и выраженность побочных эффектов лечения соотносят с последствиями болезни.

2. Контроль симптомов с помощью КБТ-метода. Работа с АНМ

Терапевт обучает пациента самоконтролю и саморегулированию, чтобы он мог вовремя выявить начальную стадию заболевания. Пациент учится определять ранние симптомы мании и депрессии, планировать свою жизнь, чтобы она не проходила хаотично, а регулярно и ритмично, дискутировать с АНМ, уверенно справляться с социальными ситуациями, в конечном счете, модифицировать свои дисфункциональные схемы. Стратегии лечения практически аналогичны, как и при работе с другими расстройствами.

У отдельных пациентов мы пытаемся идентифицировать специфические стрессоры, которые предшествуют рецидиву расстройства настроения, и если это возможно, свести их к минимуму. Частой причиной возникновения этих стрессоров является перегрузка на работе с минимальным количеством сна и желанием быть оцененным или, наоборот, хаотичный, образ жизни. Важно проанализировать и смягчить потенциальные конфликты в семье, Хотя многие эпизоды возникает без очевидной психосоциальной провокации.

Когнитивная реструктуризация происходит так же, как при депрессивном или тревожном расстройстве. Важно идентифицировать АНМ, а затем критически оценить их эффективность и правдивость. Кроме АНМ, которые появляются у биполярных пациентов в депрессивной фазе и при ремиссии расстройства, не-

обходимо заниматься маниакальными автоматическими мыслями, особенно при гипомании и при ремиссии расстройства. При мании когнитивное реструктурирование не поможет: пациент настолько не сосредоточен и некритичен, что с ним невозможно вести сократический диалог. При гипомании с помощью типичных автоматических мыслей пациенты переоценивают способности и возможности, недооценивают риски, у них постоянно возникают идеи и планы, они полностью сосредоточены на собственной воле и потребностях, не видят негативных последствий собственных действий. Кроме самопереоценивающих чувств они «загрязнены» гневными мыслями и обесцениванием окружающего мира.

Пример метода двух столбцов при когнитивной реструктуризации дисфункциональной идеи при гипомании *(в соотв. со Scott, 2001)*

Моя идея: «Уволюсь с работы, на скопленные деньги куплю ферму, буду спокойно жить на свежем воздухе и зарабатывать, занимаясь животноводством».	
Причины за реализацию этой идеи (положительные моменты для меня и для других, конструктивные аспекты, прибыль)	**Причины против реализации этой идеи (Риск для меня и для других, деструктивные аспекты, потери)**
Я всегда мечтал жить в деревне, теперь, наконец, могу реализовать	Моя жена предпочитает жизнь в городе. Дети должны уйти из школы в середине учебного года, им придется поменять класс, они будут вынуждены дольше добираться до новой школы. Жена и дети не смогут больше общаться со своими друзьями
Если я стану фермером, освою много новых навыков, и у меня будет совершенно новый опыт	Я понятия не имею, как управлять такой фермой, или как ухаживать за животными. В семье возникнет напряженность, потому что жена тоже будет вынуждена обучиться многим новым навыкам. Если она этим не захочет заниматься, мы, наверное, начнем постоянно ссориться, наши отношения зайдут в тупик. Жена и дети не хотят переезжать в сельскую местность и заниматься сельским хозяйством
Я смогу делать все, что захочу, никто не будет мной командовать и унижать меня, буду вставать тогда, когда захочу. Во всяком случае, я встаю рано утром всю свою жизнь и уже привык к этому	Фермерское хозяйство — тяжелый труд. Оно не даст мне много свободы, а возникнет много задач, которые не могут быть отложены. Вполне возможно, что у меня станет меньше свободного времени, чем сейчас. Мне придется вставать рано утром, а не тогда, когда я захочу
Заработаю на животноводстве много денег для себя, своей семьи, у меня хватит денег даже на благотворительность	Люди говорят, что животноводство в настоящее время является убыточным делом
Я люблю свежий воздух и природу	Я и так могу съездить на свежий воздух и на природу. Не обязательно для этого переезжать в деревню.
Заключение: «Я думал о том, что было бы неплохо переехать в сельскую местность, но это не значит, что нужно купить ферму и надрываться на ней. Я еще подумаю об этом».	

Планирование деятельности с акцентом на ритмичность. Пациенты с БАР получат большую пользу от составления распорядка дня Пациент, члены его се-

мьи и лечащий психиатр должны установить регулярность работы, отдыха, сна, приема пищи, физической активности, социального и эмоционального стимулирования. Самым важным фактором считается соблюдение режима сна. Нарушение социальных ритмов и нормального цикла сна и бодрствования могут специфическим образом привести к возникновению маниакальных эпизодов (Malkoff-Schwartz и др. 1998).

Обучение коммуникации и социальным навыкам. Так как одними из наиболее распространенных психологических стрессоров, которые предшествуют стадиям заболевания, являются межличностные конфликты, недооценка, критика и неудовлетворенное желание быть принятым, обучение коммуникации и управлению межличностными критическими ситуациями важно для повышения терпимости и для регулирования триггеров эпизодов БАР. С пациентом необходимо подробно описать коммуникативные проблемы, если возможно, записать последовательность коммуникации, а затем репетировать альтернативное взаимодействие. В качестве домашнего задания пациенту следует поручить тренировать коммуникативные навыки и предоставить на следующем сеансе результаты взаимодействия. Наиболее важные навыки: получение оценок, похвала, комплименты, принятие конструктивной критики и конструктивная критика других, отстаивание собственного мнения.

Практика релаксации. Релаксация является важной стратегией для легкого расстройства настроения, когда самоуспокоение может остановить спираль депрессивного или гипоманиакального опыта. Снижение возбуждения (при гипомании) или тревоги (в начале депрессии) необходимо регулярно тренировать.

Решение жизненных проблем. При БАР возникают взаимосвязанные проблемы, которые необходимо сразу решать, иначе они могут поддерживать стресс. Стратегия подробно описана в общей части данного издания.

3. Определение когнитивных и бихевиоральных барьеров для длительного лечения и идентификация, а также когнитивная реструктуризация дисфункциональных убеждений

Серьезной проблемой у пациентов с БР является отсутствие сотрудничества при лечении. По этой причине эта область рассматривается как отдельная проблема. Терапевт исследует познания пациента, касающиеся применения лекарств, и его отношение к авторитетным людям (вызывающее поведение по отношению к лечащему врачу) и внешнему контролю (это родители захотели, чтобы он принимал лекарства), затем помогает пациенту тестировать эти знания с помощью сократического диалога или записей дисфункциональных мыслей Эти мысли, как правило, относятся к малоадаптивным когнитивным схемам.

Анализ Юрия преимуществ и недостатков лечения литием (*Scott, 2001*)

Преимущества приема	Недостатки приема
Я прохожу лечение вне больницы. Семья меньше беспокоится, когда я принимаю литий. Я знаю, что я делаю все для того, чтобы моя болезнь была под контролем, Кажется, что лечение мне помогает, в течение двух лет заболевание не возобновилось	Я ненавижу сдавать анализ крови. Побочным эффектом от приема стало сильное повышение веса. Литий может оказывать токсическое действие — отрицательно воздействовать на почки, если его уровень в крови чрезмерно высокий

Преимущества отказа	Недостатки отказа
Мне не нужно думать о том, что я забыл принять лекарство. В дальнейшем меня не будут поддерживать таблетки. Я буду себя поддерживать сам	Высокий риск рецидива болезни. Риск госпитализации, которая может поставить под угрозу мою работу. Если об этом узнает моя жена, она будет чувствовать себя под угрозой. Мой психиатр не дает гарантии того, что без приема лития я буду себя хорошо чувствовать. Когда я был в депрессии, мне было настолько плохо, что я хотел покончить жизнь самоубийством. Я это не хотел бы испытать снова

4. Предотвращение рецидивов и модификация основных когнитивных схем

Эффективные меры лучше всего проводить в начале, на этапе возникновения заболевания. Психиатр с пациентом и его членами семьи должны сотрудничать при выявлении ранних признаков и проявляющихся симптомов новых маниакальных или депрессивных эпизодов. Эти признаки различаются у отдельных пациентов и часто имеют высокую индивидуальную прогностическую ценность относительно новых эпизодов. У многих пациентов первым признаком является нарушение сна. Другие симптомы могут быть дискретными, но специфическими для конкретного пациента (частое посещение ресторана, частые покупки). Графическое изображение жизненных событий и отдельных эпизодов в прошлом может быть полезно для выявления приближающегося рецидива.

Признаки начинающейся мании: многословие, быстрая речь, гиперактивность, многочисленность планов, повышенная самооценка, провокационные замечания, словесные стычки, раздражительность, проблемы с рассудительностью, нарушение концентрации внимания, рассеянность, социально неадекватное поведение, яркие цвета одежды, заметный макияж и эротично заманчивый вид, бессонница, бессмысленная деятельность, особенно в ночное время суток, чрезмерный интерес к деятельности, которая приносит удовольствие (еда, питье, музыка, секс), трата денег, повышенная общительность и спонтанность, слишком частые телефонные звонки, написание писем, купание, чрезмерная придирчивость, к обидчивость.

Пациенты, страдающие БАР, в состоянии относительно хорошо контролировать свои продромальные симптомы (Molnar и др., 1988;Smith и Tarrier, 1992; Altman и др., 1992; Lam и Wong, 1997). Так как продромы могут предшествовать развитию мании, их заблаговременное обнаружение особенно важно, потому что ранним вмешательством можно предотвратить развитие мании (Lam и др., 2001).

Признаки начинающейся депрессии: расстройство сна (чрезмерная сонливость или, наоборот, бессонница), неспособность встать утром и пойти на работу, изменение питания, потеря аппетита, запор, неспособность принять решение в мелочах (что надеть и т.д.), нарушение концентрации внимания и памяти, медлительность (даже простые вещи делает долго), избегание общества, потеря интереса к семье и работе, отказ от разговора, неоплаченные счета, отказ от ответов на телефонные звонки, отсутствие какой-либо деятельности, разговоры об отчаянии, бесполезности или вине, раздражительность, плаксивость.

Методы по предотвращению рецидивов связаны с мониторингом ранних симптомов, необходимостью проходить лечение, изменением образа жизни и модификацией основных когнитивных схем. Пациент вспоминает прошлые продромальные симптомы мании и депрессии, говорит о них родственниками и врачам, которые его лечили, составляет список продромальных симптомов (табл.8.9).

Таблица 8.9. Ранние признаки рецидива (*Scott, 2001*)

Повышенное настроение (веселое или раздраженное)	**Подавленное настроение** (грустное или тревожное)
Мои обычные признаки мании: 1) прилив активности, 2) не контролирую себя, 3) чрезмерно трачу деньги, 4) мне не нужно много спать, 5) мое внимание легко переносится от одной вещи к другой, 6) чрезмерно дружелюбный	Обычные признаки перед началом депрессии: 1. нерешительность и откладывание решения задач на потом, 2. потеря аппетита и веса, 3. избегание социальных контактов, 4. ухудшение сна с ранним пробуждением, 5. отсутствие энергии, вялость, 6. медлительность
Менее частые признаки мании: 1. чрезмерный оптимизм, 2. чрезмерное рифмование и пение при разговоре, 3. повышенная сварливость и вспыльчивость, 4. чрезмерная рискованность	Менее частые признаки до начала депрессии: 1. пессимистический взгляд на будущее, 2. чрезмерное беспокойство о мелочах, 3. чувство вины и неспособности, 4. мысли о том, что лучше было бы не жить.

Следующим шагом является определение ситуаций, которые предшествовали этим симптомам. Речь идет о ситуациях, которые, активизируют специфические когнитивные схемы (например: успех или неудача человека, который ориентирован на успех), нарушают регулярный образ жизни и связаны с рискованным образом жизни (ночное бодрствование перед сдачей отчета на работе, , употребление алкоголя наркотиков).

Список Михаила ситуаций повышенного риска (*Scott, 2001*)

Факторы Риска	
Деятельность высокой степени риска	Прекращение приема лития
Ситуации высокой степени риска	Длительное напряжение на работе. Продвижение по службе (чрезмерная радость)
События высокой степени риска	Переезд на новое место жительства. Разрыв отношений. Продвижение по службе (страх того, что другие будут от меня ожидать)
Другая важная информация	
Комбинация факторов высокой степени риска многочисленные жизненные события (переезд на новое место жительства и продвижение по службе). Защитные факторы в настоящий момент мне не известны.	

Затем пациент учится планировать стратегии, которые сможет использовать при появлении продромальных симптомов (например, посещение врача, регулярный режим, избежание перегрузок и возбуждения, отказ от алкоголя и релаксация, физические упражнения и). Это предусматривает также медикаментозное лечение.

Другие задачи поддерживающей терапии включают модификацию дисфункциональных когнитивных схем. Связь между более глубинными убеждениями и количеством рецидивов весьма значительна. Убеждения типа «Я должен постоянно быть успешным во всем, что я делаю. Я постоянно должен быть счастливым» приводят к тому, что пациенты пытаются быть чрезвычайно успешными за счет регулярного питания, достаточного сна или физической активности. Коррекция этих дисфункциональных убеждений приводит к выработке ежедневных привычек, которые затем уменьшают количество стрессовых событий. Подробное описание работы с когнитивными схемами см. в общей части книги.

Терапия БАР должна быть комплексной и долгосрочной. Направленность на предотвращение следующей фазы является недостаточной, потому что приводит к одностороннему закреплению симптомов. Ожидания пациента должны включать его индивидуальное развитие, решение личных проблем.

5) Проблемы лечения

Ключевым вопросом в психотерапии биполярных пациентов является их способность или готовность к сотрудничеству при более тяжелой симптоматике. Даже при мании или глубокой депрессии мы не можем проводить с пациентами специфическую психотерапию. Наша помощь ограничивается назначением лекарств и поддерживающей психотерапией. После снятия тяжелой симптоматики можно использовать метод КБТ, даже если пациент по-прежнему находится в больнице.

Многие пациенты отказываются принимать лекарственные препараты, не признают психотерапию. За этим сопротивлением часто скрываются мифы, которые пациент услышал о конкретном виде лечения или психиатрическом воздействии (некоторые лекарства приводят к отупению, разрушают тело или некоторые органы, меняют человека до неузнаваемости, приводят к зависимости, помешательству, дают над человеком власть другим людям, их прием означает, что человек сошел с ума). В психотерапии это часто страх «промывания мозгов», контроль или индоктринация другими людьми, больные боятся, самораскрытия, стыда. Речь может идти о передаваемом негативном опыте другим людям. Сопротивление к любому лечению характерно для мании. Больной считает, что он здоров, не нуждается в лечении (иногда ему кажется, что он сам должен лечить других) и любое лечение воспринимает как ограничение свободы, которой он в настоящее время в полной мере наслаждается. Большое значение имеет и отношение близких пациента. Психиатрическое лечение может быть воспринято ими как болезненное ограничение жизнедеятельности, победа других членов семьи над пациентом.

Для сотрудничества с пациентом необходимо не только опровергнуть эти мифы, но тщательно их обсудить и изменить. Можно использовать классический сократический диалог, с помощью которого поставить под сомнение мифы пациента так же, как оспариваются схемы.

8.1.2.7. КБТ и психофармакотерапия

Основной лечения БАР является фармакотерапия. Сочетание ее с КБТ настоятельно рекомендуется. Оно более эффективно, чем применение только фармакотерапии. КБТ используется для облегчения депрессивного эпизода, устранения

остаточных признаков в завершающей фазе заболевания и для предотвращения рецидивов. Эффективность КБТ без одновременного приема лекарств не установлена.

Заключение

В последние 10 лет медикаментозное лечение БАР часто дополняют когнитивно-бихевиоральными методами. Они снижают депрессивные симптомы, контролируют гипоманические симптомы, предупреждают рецидивы расстройства. Самым важным моментом является контроль и купирование ранних симптомов заболевания. Важно изменять когнитивные схемы для предотвращения стрессов.

Литература

Alloy L., Reilly-Harrington N., Fresco D. et al. Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar mood disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings. J. Cognitive Psychotherapy, 1999, č. 13.

Altman E.S., Rea M.M., Mintz J. et al. Prodromal symptoms and signs of bipolar relapse: a report based on prospectively collected data. Psychiatry Res., 1992, č.41.

Bauer M.S., McBride L., Chase C. et al. Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: A feasibility study. J. Clin. Psychiatry, 1998, č. 59.

Beck A.T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. NY: Harper & Row, 1967.

Bowden C.L., Calabrese J.R., McEloroy S.L. A randomized placebo-controlled 12-month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 2000, č. 57.

Cassidy F., Forest K., Murry E. et al. A factor analysis of the signs and symptoms of mania. Arch. Gen. Psychiatry, 1998, č. 55.

Cochran S. Preventing medical non-adherence in the outpatient treatment of bip olar aff ective disorder. J. Consult. Clin. Psychiatry, 1984, č. 52.

Depue R., Zeld D. Biological and environmental processes in non-psychotic psychopathology: A neurobehavioral perspective//Costello, C. G. (ed.) Basic issues in psychopathology. NY: Guilford Press, 1993.

Frank E. Interpersonal and social rhythm therapy prevents depressive symptomatology in bipolar I patients. http://www.wpic.pitt.edu/STANLEY/3rdbipcont/ Sessions/ sess1main.htm

Goodwin F.K., Jamison K.R. Manic-Depressive Illness. NY: Oxford University Press, 1990.

Hammen C., Ellicott A., Gitlin M. et al. Sociotropy/autonomy and vulnerability to specific life events in patients with unipolar depression and bipolar disorders. J. Abnormal Psychol., 1989, č. 98.

Hammen C., Ellicott A., Gitlin M. Stressors and Sociotropy/autonomy: A longitudinal study of their relationship to the course of bipolar disorder. Cognitive Ther. Res., 1992, č. 16.

Healy D., Williams J. Moods misattributions and mania. Psychiatric Developments, 1988, č. 1.

Herman E., Grof P., Hovorka J. et al. Bipolární porucha//Seifertová D., Praško J., Höschl C. (eds.) Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Amepra, 2004.

Hollon S., Kendall P., Lumry, A. Specificity of depressive cognitions in clinical depression. J. Abnormal Psychol., 1986, č. 95.

Honig A., Hoffman A., Rozendaal N. et al. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. Psychiatry Res., 1997, č. 72.

Johnson S., Miller I. Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder. J. Abnormal Psychol., 1995, č. 106.

Johnson S., Sandrow D., Meyer B. et al. Increases in manic symptoms aft er life events involving goal attainment. J. Abnormal Psychol., 2000, č. 109.

Keller M.B., Lavori P.W., Coryel W. et al. Bipolar I: a five-year prospective follow up. J. Nerv. Ment. Dis., 1993, č. 181.

Krober H.L. Bipolare Persönlichkeit und manische Aussage//Janzarik W. (ed.) Persönlichkeit und Psychose. Stuttgart, 1988.

Krober H. L. Akute Krisen bei Manien. Nervenheilkunde, 1992, č. 11.

Lam D. Psychotherapy for bipolar aff ective disorder. Current Medical Literature, 2002, č 2.

Lam D., Bright, J., Jones, S. Cognitive therapy for bipolarillness — a pilot study of relapse prevention. Cognitive Therapy and Research, 2000, č. 24.
Lam D., Wong G., Sham, P. Prodromes, coping strategies and course of illness in bi polar affective disorders — a naturalistic study. Psychol. Med., 2001, č. 31.
Lam D., Wong, G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. Psychol. Med., 1997, č. 27.
Lam D., Watkins E., Hayward P. A randomized controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar affective disorder — outcome of the first year. Paper submitted 2002.
Lecrubier Y., Sheehan D.V., Weiller E. et al. The MINI-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. Eur. Psychiatry, 1997, č. 12.
Lyon H.M., Startup M., Bentall R.P. Social cognition and the manic defence: Attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder. J. Abnormal Psychol., 1999, č. 108.
Malkoff-Schwartz S., Frank E., Anderson B. Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes. Arch. Gen. Psychiatry, 1998, č. 55.
Mentzos, S.: Depression un Manie. Göttingen, 1995.
Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H. et al. Psychoeducation in bipolar disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 1998, č. 45.
Miklowitz D.J., Simoneau T.L., George E.L. et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in con- junction with pharmacotherapy. Biol. Psychiatry, 2000, č. 48.
Molnar G., Feeney M.G., Fava G.A. Duration and symptoms of bipolar prodromes. Am. J. Psychiatry, 1998, č. 145.
Moncrieff J. Lithium revisited: a reexamination of the placebo-controlled trials of lithium prophylaxis in manic-depressive disorder. Br. J. Psychiatry, 1995, č. 167.
O'Connell R.A., Mayo J.A., Flatow L. et al. Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. Br. J. Psychiatry, 1991, č. 159.
Parikh S.V., Kusumakar V. et al. Psychosocial interventions as an adjunct to pharmacotherapy in bipolar patients. Can. J. Psychiatry, 1997, č. 42.
Perry A., Tarrier N., Morriss R. et al. Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. BMJ, 1999, č. 318.
Praško J., Bareš M., Horáček J. et al. Bipolární afektivní porucha — příručka pro nemocné a jejich rodiny. Praha: Maxdorf 2003.
Scott J. Cognitive therapy of bipolar disorder//Leahy R.L. (ed.) Contemporary Cognitive Therapy, Guilford Press, 2004.
Scott J., Stanton B., Garland A. et al. Cognitive vulnerability in bipolar disorders. Psychological Medicine, 2000, č. 30.
Scott J., Garland A., Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. Psychol. Med., 2001, č. 31.
Scott J. Overcoming mood swings. A self-help guide using cognitive behavioral techniques. London: Robinson, 2001.
Scott J., Pope M. Cognitive style in bipolar disorders. Psychological Medicine, 2003, č. 33.
Simon F., Weber H. et al. Schizoaffektive Muster: Eine systemische Beschrei-bunt. Familien dynamik, 1989.
Smith J.A., Tarrier N. Prodromal symptoms in manic depressive psychosis. Soc. Psychiatry and Psychiatr. Epidemiol., 1992, č. 27.
Solomon D.A., Keitner G.I., Miller I.W. et al. Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorders. J. Clin. Psychiatry, 1995, č. 56.
Swendsen J., Hammen C., Heller T. et al. Correlates of stress reactivity in patients with bipolar disorder. Am. J. Psychiatry, 1995, č. 152.
Weiss R.D., Griffin M.L., Greenfield S.F. et al. Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: Results of a pilot study. J. Clin. Psychiatry, 2000, č. 44.

8.2. КБТ тревожных расстройств

8.2.1. Паническое расстройство

Ян Прашко, Рихард Залесски, Петра Гоубова

8.2.1.1. Основные данные о паническом расстройстве

Главной особенностью панического расстройства (ПР) являются повторяющиеся приступы сильной тревоги (паники), которые, однако, не ограничиваются конкретной ситуацией. Неожиданно возникает интенсивный страх, потеря контроля, сильные физические симптомы: сердцебиение, боль в груди, удушье, головокружение и чувство нереальности (деперсонализация, дереализация). При тревожных мыслях возникает страх возможного обморока, смерти, возможности сойти с ума. Отдельные эпизоды, как правило, длятся 5 —20 мин в исключительных случаях 2 ч. После панической атаки может сохраниться тремор, стресс или утомление либо наступит расслабление, вялость. Паническая атака часто сопровождается стойким страхом повторного приступа. Это, как правило, хроническое заболевание, которое связано со страданиями пациента и ограничениями жизнедеятельности. Проверенные терапевтические подходы лечения включают психотерапию, особенно КБТ и фармакотерапию. Другие подходы, включая психодинамическую психотерапию, эффективны в сочетании с медикаментозным лечением или методами КБТ (Gorman и др., 2002).

1) Клинические проявления ПР

Основными признаками являются повторные атаки сильной тревоги (паники), которые не ограничены какой-либо конкретной ситуацией. Таким образом, их невозможно предсказать. При атаке происходит развитие сильного страха, что может произойти что-либо ужасное, и присутствует чувство потери контроля. Атака связана с рядом сильных *физических симптомов:* сердцебиение, боль в груди, чувство удушья, головокружение и чувство нереальности (деперсонализации, дереализация). При тревожных мыслях возникает *страх* обморока, смерти, потери контроля или чувство потери рассудка. Отдельные атаки обычно длятся в течение нескольких минут (обычно 5-20 минут), в редких случаях и два часа. После окончания атаки может сохраняться тремор, напряжение и утомление, либо расслабление и вялость. Паническая атака часто сопровождается стойким страхом повторного приступа. При панической атаке человек часто испытывает растущий страх и интенсивность вегетативных симптомов, поэтому старается быстро убежать, где бы он ни находился. Если паническая атака произошла в автобусе, в магазине, в толпе людей или дома в одиночестве, пациент может в будущем избегать этой ситуации. У многих пациентов может случиться приступ и среди ночи (ночные панические атаки).Значительная часть больных избегают ситуации, в которых происходили панические атаки. Согласно DSM-IV это паническое расстройство с агорафобией, в МКБ-10 оно классифицируется как агорафобия с паническим расстройством.

Панические атаки характеризуются силой и внезапностью своего начала. Понятие «неожиданность» подчеркивает тот факт, что данные приступы происходят ситуациях, в которых индивид не смог их предвидеть. Иногда бывает легче определить возбуждающий фактор для стороннего наблюдателя, чем для пациента (например, повторные панические атаки у женщины, когда ее муж задерживается на работе), но иногда невозможно объективно предсказать приступ даже после очень хорошего анализа.

Некоторые больные изначально не обозначают свою тревогу как основную проблему, особенно если при панических атаках испытывают значительные физические симптомы. Эти пациенты часто наблюдаются у ряда кардиологов, эндокринологов, неврологов. К психиатру они обращаются после 2 — 3 лет повторных сложных обследований и многочисленных вмешательств неотложной медицинской помощи. Большинство не верят, что причина их проблем может быть психологического характера.

Побочные эффекты. В период между паническими атаками часто в той или иной степени развивается страх и нервозность. Обычно они проявляются как настороженность, физическое напряжение и чрезмерная активность. Частым осложнением является ожидание тревоги — страх беспомощности или потери самоконтроля во время панической атаки. Человек отказывается находиться в общественном месте, боится оставаться дома в одиночестве. Если этих ситуаций много, следует ставить диагноз: агорафобия с панической атакой, а не паническое расстройство.

Осложнения. Очень часто развивается агорафобия с паническими атаками, депрессивное расстройство, злоупотребление алкоголем, транквилизаторами .

2) Диагностика панического расстройства

История ПР в качестве диагностической единицы очень интересна. Она возникла в 1960-х гг. Показания для определения клинических характеристик ПР в медицинской литературе появились раньше — в книге Бертона «Анатомия меланхолии». Кроме того, литература XIX в. содержит описание симптомов, для которых были использованы термины «нейроциркуляторная астения», «soldiers heart», «effort syndrome», «агорафобия», «неврастения», которые сегодня применяют в описаниях ПР. В 1895 г. Зигмунд Фрейд предложил отделить тревожное расстройство как самостоятельную единицу неврастении и первый в литературе упомянул о тревожном неврозе. Фрейд соединил его с симптомом, который он обозначал как тревожное ожидание (в настоящее время — обобщенное тревожное расстройство). Фрейд описал атаки у пациентов с тревожным неврозом, характеризующиеся неожиданным страхом, нарушением дыхательной функции, кардиальными симптомами, тремором, головокружением, диареей, бессонницей, потливостью. Он отметил, что панические атаки приводят к тревожному ожиданию, избегающему поведению и проявлениям, которые мы сегодня называем агорафобией. Фрейд описал признаки тревожных неврозов, которые сегодня являются частью клинических характеристик; отделил острые панические атаки от тревожного ожидания, отметил высокую степень коморбидности, связанную с депрессией и истерией, предположил существование наследственных и биологических факторов, которые влияют на историю болезни. Фрейд назвал большинство признаков, которые в настоящее время диагностируют ПР. Тем не менее па-

ническая атака долго рассматривалась только как сопровождающий симптом тревожных расстройств и не была определена как диагностическая единица.

Изменение представлений произошло после публикации работ Клейна и Финка (1962), которые показали, что состояние тревожного расстройства, характеризующееся паническими атаками, улучшается после лечения имипрамином, в то время как терапия подходит для лечения тревожных расстройств без панических атак. Клейн и Рабкин (1981) полагают, что паническая тревога качественно отличается от непанической тревоги. Эта точка зрения была впоследствии отражена в DSM-III (APA, 1980). Когда были созданы две диагностические единицы — паническое расстройство и агорафобия с паническими атаками. Они используют наличие или отсутствие панических атак как главный критерий отличия от других тревожных расстройств.

Диагностические критерии МКБ-10 для ПР (1996):

А. У человека происходят повторяющиеся панические атаки, которые логически не связаны со специфической ситуацией или объектом и которые часто возникают спонтанно (эпизоды не могут быть предсказаны). Панические атаки не являются сопутствующим проявлением значительного напряжения или действием опасных для жизни ситуаций.

Б. Паническая атака характеризуется следующими признаками:

1. Самостоятельный приступ сильной тревоги или беспокойства;
2. Начинается внезапно;
3. Достигает максимума в течение нескольких минут и продолжается несколько минут;
4. Должны присутствовать хотя бы 4 симптома, причем один должен быть из пункта от (а) до (г):

Симптомы вегетативной активации:

а) сердцебиение или ускоренный сердечный ритм,
б) потливость,
в) дрожь или тремор,
г) сухость в горле;

Симптомы, связанные с грудной клеткой или брюшной полостью:

д) затруднение дыхания,
е) чувство удушья,
ж) боль или дискомфорт в груди,
з) тошнота или дискомфорт в брюшной полости;

Симптомы, связанные с психическим состоянием:

и) головокружение, беспокойство, слабость,
к) чувство, что объекты не являются реальными (дереализация), или, что индивид где-то не здесь, «он здесь реально не находится» (деперсонализация),
л) страх потери контроля и «сойти с ума», потеря сознания,
м) страх смерти;

Общие симптомы:

н) холодные или горячие приливы,

о) чувство онемения или покалывания.

В. Чаще всего используем положение об исключении. Панические атаки не вызваны физическим расстройством, органическим ПР или другими ПР, такими как шизофрения или похожие заболевания, расстройство настроения или соматоформное расстройство.

Диапазон индивидуальных вариантов в плане содержания и степени настолько велик, что пятым симптомом могут быть определены две степени — средней и сильной тяжести. Например:

F 41.00. **Паническое расстройство средней тяжести**

Хотя бы 4 панические атаки в течение 4 недель.

F 41.01. **Паническое расстройство сильной тяжести**

Хотя бы 4 панические атаки за неделю в течение 4 недель

МКБ-10 и DSM-IV различает спонтанные, т. е. ничем не спровоцированные панические атаки, и вторичные панические атаки, которые вызываются определенной ситуацией. Это различие проблематично, поскольку в качестве возбудителя панической атаки могут служить не только внешние раздражители (т. е. определенная ситуация), но и внутренние стимулы (физические ощущения и когнитивные процессы). Можно различать ожидаемые и неожидаемые панические атаки.

3) Эпидемиология панического расстройства

Распространенность этой болезни в мире довольно однородна. Эпидемиологические исследования, которые включали 40 тыс. человек, показали, что распространенность ПР составляет от 1,4 до 3,5 % населения (Kessler и др., 1994; Weissman и др., 1997) с годовым приростом 1 %. Расстройство обычно начинается в период 15—24 года, второй пик — период 45—54 года, в 2 раза чаще происходит у женщин, чем у мужчин. Наличие изолированных панических атак гораздо выше. По крайней мере, один неожиданный приступ паники ежегодно испытывают 10—12 % людей (Norton и др., 1986). Чаще всего случаи ПР и агорафобии происходят у людей, живущих в городах, у вдов, разведенных или людей, живущих в одиночестве. Факторами риска считается неоконченное образование, ранняя потеря родителей. Люди, испытавшие физическое и сексуальное насилие, также попадают в группу риска (Faravelli и соавт., 1985). Исследования показали, что пациенты с ПР — это частые пациенты амбулаторных медицинских учреждений. Они составляют 10—15% клиентов кардиологов. К психиатру в большинстве случаев они приходят только после посещения других врачей по их направлениям (Švestka и др., 1993). За помощью в ПР часто обращаются 34-летние, хотя средний возраст начала расстройства колеблется от 23 до 29 лет (Claske и соавт., 1990). Около 70 % пациентов указывают на идентифицированный стрессор во время первой атаки (Claske и соавт., 1990). Это, как правило, жизненные события, которые несут в себе угрозу кризиса в ближайшем будущем, так называемые опасные события (Clark и др., 1989). Пациенты, у которых ПР сочетается с депрессией, переживают жизненную потерю или изменение жизненной роли. Как правило, речь идет о стрессорах межличностного или соматического характера (смерть в семье, серьезный конфликт между партнерами, негативные реакции на употребление медицинских препаратов, различные заболевания). Количество стрессо-

ров, однако, не отличается от того, которое испытывали пациенты с другими тревожными расстройствами до начала болезни.

4) Этиопатогенетические факторы паническом расстройстве

Существует несколько взглядов на этиопатогенез ПР. Биологическая психиатрия, теория научения предлагают несколько доказательств.

Основанием для биологической модели служат исследования с генами паники, нейрохимические гипотезы о патофизиологии ПР (см. обзор Soukupová и Praško, 2001) и открытия, сделанные с помощью магнитного резонанса, позитронно-эмиссионной томографии и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (Pašková и др., 2003). Непрямым доказательством может быть улучшение состояния при лечении антидепрессантами и бензодиазепинами.

Теория научения свидетельствует о взаимосвязи ПР со стрессовыми влияниями окружающей среды, с травматическим опытом и жизненными потерями.

Исследование биологических аспектов ПР, привело к открытиям, которые объясняют симптомы ПР присутствием биологических аномалий в структуре и функционировании мозга.

Исследованием, которые для возбуждения использовали паникогенные препараты (лактат, иохимбин, фенфлурамин, изопротеренол и т.д.), подтверждают гипотезу о дисфункциональном регулировании периферической и центральной нервной системы. У некоторых пациентов с ПР автономная нервная система обладает повышенным симпатическим тонусом, который медленно адаптируется к повторным раздражителям и активно реагирует на слабые стимулы.

Выявленные отклонения свидетельствуют о дисрегуляции в норадренергической (locus coeruleus), серотонинергической (особенно в nucleus raphe, гиппокампе и амигдале) и в дофаминергической системе (фронтоорбитальный кортекс). Другие данные свидетельствуют о дисфункции ГАМК-нейротрансмиттерной системы, повышенной чувствительности холецистокининовых рецепторов, нарушениях в регуляции кортикотропин-рилизинг гормона (КРГ) и нейропептида Y (Charney и др., 1992). О синтезе гипотез и Кляйн (1993). Согласно его гипотезе пациенты, страдающие ПР, имеют аномально низкий порог чувства удушья, панические атаки запускаются как ложная тревога удушья. Кляйн полагает, что в ретикулярной формации мозга существует центр, который включается при ситуации возможного удушья. Если этот центр повышено чувствителен к определенным стимулам (соматическим и психологическим), происходит развитие ложной тревоги, организм реагирует гипервентиляцией и желанием убежать от ситуации.

Психологически и психотерапевтически ориентированные авторы относятся критически к биологическим объяснениям. Они рассматривают их как редукционистские и односторонние. Некоторые авторы пытаются интегрировать биологические и образовательные, психологические и темпераментные модели (Barlow 1988; Barlow и др., 1998; Ballenger, 2000). Люди с ПР испытывают страх перед одиночеством и одновременно боятся привязанности к другому человеку (Manassis и соавт., 1994). Таким образом, им необходимо контролировать свои отношения и избегать одиночества или чрезмерного сближения. Так как высокий уровень межличностного контроля является недостижим, больные страдают хроническим чувством неуправляемости.

Согласно психоаналитической точке зрения ПР связано с потерей одного из родителей (полной или относительной) в детстве или возникает в результате сепарационной разлуки. Одиночество без поддержки и помощи возобновляет детскую тревогу.

Прежде чем объяснить модель ПР с точки зрения КБТ, вспомним, как оно возникает. Речь идет о теории интероцептивного обусловливания и гипервентиляционной гипотезе. Биологические теории предполагают, что в связи с предрасположенностью некоторые люди реагируют на угрозы сильнее, чем другие. В соответствии с теорией интероцептивного обусловливания в стрессовых ситуациях появляются приступы тревоги, которые вызваны определенными раздражителями из внутренней среды, — ускорение сердечного ритма, повышение артериального давления, головокружение при изменении положения. Эта теория не учитывает когнитивные факторы. В соответствии с гипотезой о гипервентиляции в условиях стресса у пациента происходит гипервентиляция, которая приводит к биохимическим изменениям в крови (снижение парциального давления CO_2, повышение pH). Эти изменения приводят к соматическим симптомам (головокружение, сердцебиение, затрудненное дыхание). Даже на основании этой теории приступ паники будет развиваться, если пациент истолкует физические симптомы как признак опасности и будет реагировать на них со страхом. Страх вызовет активацию вегетативной системы и произойдет быстрое усиление физических симптомов.

5) Дифференциальная диагностика и сопутствующие заболевания при паническом расстройстве

Панические атаки не обязательно указывают на ПР или ПР с агорафобией. Они могут возникнуть при тревожных и аффективных расстройствах. Люди, которые подвержены частым приступам паники, не считают их серьезной проблемой, а называют семейные проблемы, социальную фобию, обсессивно-компульсивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство. Чтобы диагноз ПР не был под сомнением, мы должны исключить физические причины тревожного состояния, интоксикацию, абстинентный синдром и другие психологические расстройства.

Соматические расстройства. Необходимо установить реальные опасения людей, страдающих болезнью Крона, рассеянным склерозом, синдромом Меньера или ишемической болезнью сердца. Физические симптомы тревоги можно перепутать с признаками соматических заболеваний — инфаркта миокарда, тромбоэмболии легочной артерии, пневмоторакса, заболевания щитовидной железы. Соматическая болезнь, однако, может сопутствовать ПР. Например, у пациентов с астмой, как и с эпилепсией, можно наблюдать панические атаки, которые в значительной степени имитируют основные соматические заболевания. Другими заболеваниями, которые могут проявляться в виде пароксизмальной тревоги, являются гипогликемия, феохромоцитома, гиперпаратиреоз, тяжелая анемия, пролапс митрального клапана, сердечная недостаточность, аритмия.

Интоксикация или синдром отмены алкоголя, бензодиазепинов, кофеина или психостимуляторов (амфетамина).

Панические атаки при других психических расстройствах — шизофрении, тяжелом депрессивном расстройстве, соматизированном расстройстве и соматоформной вегетативной дисфункции, генерализованном тревожном расстройстве (можно принять за хроническое тревожное ожидание, которое часто развивается между отдельными паническими атаками.)

Необходимо исключить органическое психическое расстройство, интоксикацию психотическими веществами, наркотиками и другие психические расстройства — шизофрению, расстройство настроения, соматоформные расстройства. Наиболее важные психические расстройства в дифференциальной диагностике ПР:

1. расстройства настроения;
2. социальная фобия, специфические фобии, посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство;
3. зависимость от наркотических веществ (алкоголь, психостимуляторы, кокаин);
4. соматоформные расстройства;
5. расстройства личности;
6. психотические расстройства, шизофрения.

Разница между ПР и генерализованным тревожным расстройством зависит от того, случаются ли у пациента панические атаки не имеет ли он многочисленные, нереалистичные и чрезмерные опасения и беспокойство о практически каждом аспекте своей жизни (финансы, здоровье семьи, отношения с детьми). Тем не менее, коморбидность ПР с генерализованным тревожным расстройством установлена у 15—30 %. Относительно высокой является коморбидность со специфическими фобиями (2—20 %), обсессивно-компульсивным расстройством (10 %) и посттравматическим стрессовым расстройством (2—10 %) (АПА, 2000). Одним из возможных объяснений частоты коморбидности между тревожными расстройствами является их общий диатез (Asmundson и Taylor, 2003).

При диагностике необходимо различать агорафобию при ПР и расстройствах настроения, когда депрессия, а не страх паники препятствует, больным в том, чтобы выходить из дома, ходить в магазин или путешествовать. Избегание подобных ситуаций иногда происходит при социальной фобии: пациенту мешают пристальные взгляды других людей и страх того, что он опозорится, при этом он не беспокоится о своем здоровье или жизни. Подобным образом избегающее поведение может проявляться при любом другом тревожном расстройстве, но причина, по которой человек избегает данную ситуацию, будет другой. Например, пациент с фобией собак боится совершать покупки, потому что у магазина часто бывают привязаны собаки. Пожизненная коморбидность с расстройством настроения у пациентов с ПР достигает 65 %. Примерно у 60 % происходит вторичная депрессия (Kessler и др., 1998). У 30 % депрессия предшествует панике. Риск вторичной депрессии повышается при развитой агорафобии (Taylor, 2000).

ПР может быть спровоцировано употреблением веществ, вызывающих зависимость (Ballenger и Fyer, 1996), в том числе легких наркотиков (марихуана и алкоголь). Распространённость (за 6 мес.) злоупотребления алкоголем или зависимости у больных с ПР достигает 40 % среди мужчин и 13 % среди женщин (Leon и др., 1995). Хотя проблемы с алкоголем иногда предшествуют развитию паники,

чаще всего злоупотребление пациента развивается как попытка уменьшить беспокойство. У тех пациентов, сочетающих ПР с агорафобией, риск зависимости возрастает еще больше.

По данным Американской психиатрической ассоциации (АПА, 1998), 50 % пациентов с ПР страдают, по меньшей мере, от одного расстройства личности, что превышает 13 % общей численности населения. Наиболее распространенными сопутствующими расстройствами личности являются избегающее, зависимое и истерическое расстройство (Taylor и Livesley, 1995).

Соматоформные расстройства иногда путают с ПР, однако типичный пациент с первым расстройством не имеет серьезных приступов паники, тем не менее, сопутствующие заболевания могут проявиться. Ипохондрическое расстройство диагностируется у 20 % пациентов с ПР, которые обращаются к врачам общей практики (Noyes и др., 1997). На острые или хронические боли в мышцах жалуются 40 % пациентов ПР (Asmundson и соавт., 2001), на раздраженный кишечник 17—41 % (Lydiard и др., 1994).

Иногда симптомы — и агорафобии появляются у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, но здесь они, как правило, связаны с типичными психотическими симптомами.

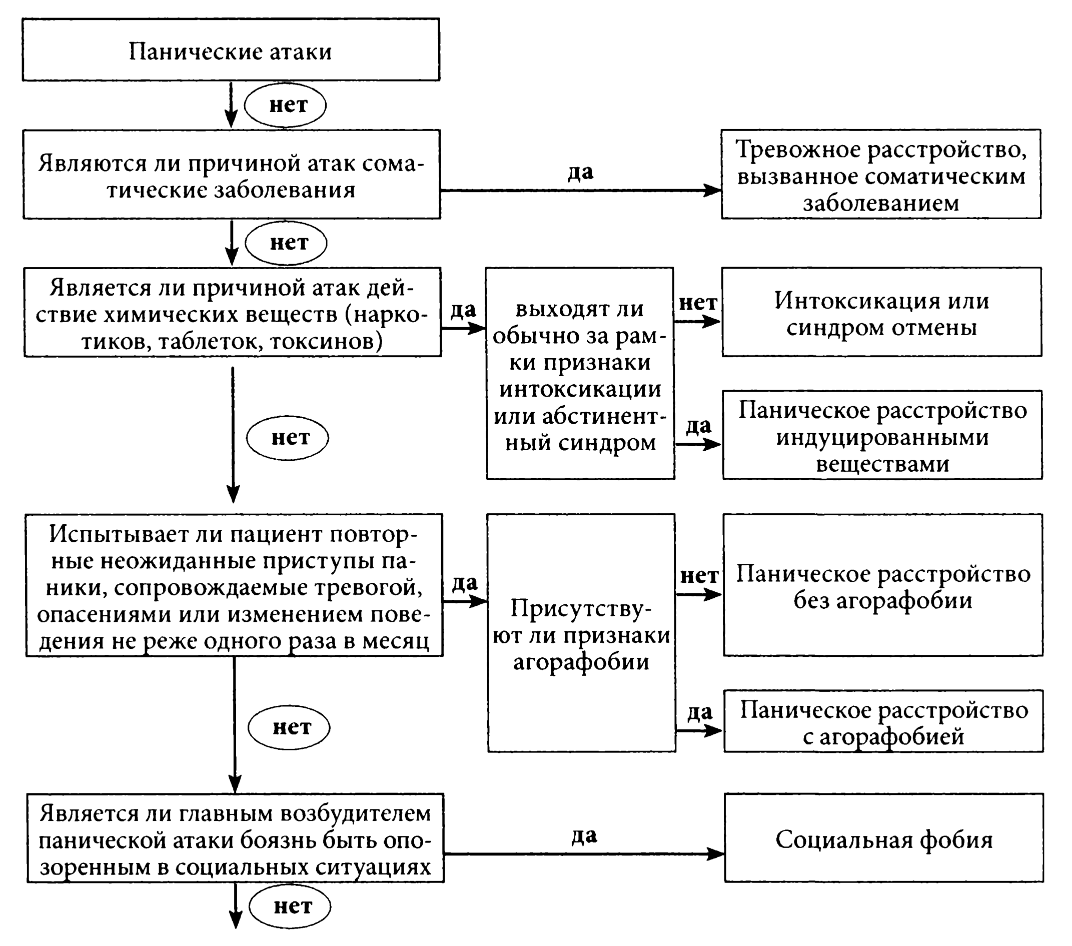


Рис. 8.14. Схема принятия решений для оценки пациента, у которого происходят панические атаки (Asmundson, Taylor, 2003)

Коморбидность

ПР часто сопровождает другое расстройство. Долгосрочные эпидемиологические исследования показали, что каждый второй случай тревожного расстройства связан, по крайней мере, с другим психическим расстройством (Eaton и др., 1994). Чаще всего это агорафобия (50—70 %), затем следуют социальная фобия, депрессия, дистимия, специфическая фобия и обсессивно-компульсивное расстройство. Если ПР связано с депрессией, то фармакотерапия, дает менее благоприятный прогноз (Lecrubier и Ustun, 1997). Риск суицида увеличивается в 4 раза (Weissman и др., 1989).

Соответствие диагностическим критериям расстройства личности встречаются у 25—60 % пациентов (избегающее, зависимое, истерическое и нарциссическое, Houbová и др., 2004). Однако взаимосвязь между расстройством личности и ПР до сих пор не определена. Коморбидность во многом зависит от метода диагностики и наличия депрессивного настроения. Часто расстройство личности исчезает после успешного лечения панической атаки. Но вполне вероятно, что некоторые черты личности (особенно чрезмерная межличностная чувствительность) предрасполагает к ПР, во вторую очередь может развиться зависимость от алкоголя или наркотиков, если больной хотел таким образом устроить «самолечение».

6) Развитие панического расстройства

Данные о развития ПР являются ограниченными, потому что не изучена его популяция. ПР у клинически определенных пациентов без лечения бывает, как правило, долгосрочным, у 40 % больных оно переходит в хроническую форму.

Описаны случаи спонтанного исцеления и рецидивы симптомов после нескольких лет ремиссии. Первая паническая атака, как правило, появляется в «фобических» ситуациях общественных местах, улице, магазине транспорте пробках на дорогах, лифте, или открытом пространстве. Как правило, этому предшествуют стрессовые жизненные события (Faravelli и др., 1986). Психосоциальным последствием ПР часто бывают потеря работы, проблемы в браке, финансовые трудности и сексуальная несовместимость. Большинство пациентов, которые обращаются за медицинской помощью, имеют долгосрочный ухудшающийся процесс, который развивался 15 лет до постановки диагноза (Roy-Byrne и Cowley, 1995). Панические атаки прогнозируют другие психические расстройства. Одним из самых серьезных осложнений ПР является суицид (7 %, при депрессивном расстройстве 7,5 %). Пожизненный риск самоубийства при сочетании ПР с депрессией составляет 20 % (Johnson и др., 1990).

8.2.1.2. Паническое расстройство с точки зрения КБТ

1) Бихевиоральные факторы панического расстройства

Бихевиоральные теории постулируют, что тревога является условным рефлексом, который возникает путем моделирования родительского поведения, или в процессе классического обусловливания. Во втором случае неблагоприятный стимул (например, паническая атака) появляется вместе с нейтральным стимулом (например, пребыванием в транспортном средстве) и объединяется с ним. Именно это приводит к избегающему поведению. Другие бихевиоральные теории подчеркивают взаимосвязь между незначительным физическим симптомом (например, учащенным сердцебиением) и появлением панической атаки. Хотя бихевиоральные теории способны удовлетворительно объяснить агорафобию и причину паники, они не в состоянии обосновать появление первой неспровоцированной и неожиданной панической атаки.

2) Когнитивные факторы панического расстройства

В 1980 гг. было создано несколько когнитивных моделей ПР (Barlow, 1988; Clark и др., 1989). Эти модели в качестве основы указывают психологическую реакцию на физические ощущения. В частности, ПР рассматривается как страх этих ощущений, который вырастает до размера панической атаки. Основной идеей общей когнитивной модели тревожных расстройств является убеждение, что события сами по себе не действуют на человека. На наши эмоции влияют собственные ожидания, оценка и интерпретация внешних событий. При депрессии важна интерпретация, которая относится к потере (важных отношений, собственной способности, социального статуса). При тревоге на переднем плане находятся интерпретации, которые касаются физической и психологической опасности. Бек, (1974) указывает, что при тревожных состояниях индивид систематически переоценивает угрозу, которая присутствует в той или иной ситуации. Эта переоценка автоматически активирует программу тревоги организма.

Речь идет о следующих процессах:

1. изменения в активации вегетативной нервной системы как подготовки к бою, побегу или обмороку;
2. ослабление текущих процессов;

3. селективное внимание по отношению к окружающей среде, направленное на возможные источники опасности.

В дополнение к психологической адаптации появляется комплекс физических реакций, так называемые стрессовые реакции, которые мы унаследовали от предков. Эта программа предназначена для защиты от опасности, это подготовка к борьбе или к побегу. В прежние времена, когда угрозы были для человека действительно опасными для жизни, программа тревоги служила тому, чтобы люди могли защищаться от опасных ситуаций. Даже сегодня она полезна для нас, например, когда мы оказываемся перед неожиданно появившимся автомобилем. Большинство стрессоров имеют психосоциальную природу. В этом случае, программа тревоги нам не поможет, хотя запускается автоматически потому что определенная ситуация ошибочно воспринимается как угроза. Соматические проявления стрессовой реакции (например, учащенное сердцебиение) можно интерпретировать как следующую угрозу. Это создает порочный круг, который поддерживает и углубляет тревожную реакцию. Например, сердцебиение можно интерпретировать как признак надвигающегося инфаркта миокарда, чем усиливается беспокойство и, следовательно, кардиальные симптомы. Дрожание рук мы можем рассматривать в качестве сигнала потери контроля, что приведет к повышенной тревожности и, естественно, к усилению тремора.

Одна из когнитивных моделей паники (Clark, 1988) предполагает, что панические атаки у человека развиваются в результате относительно постоянной склонности интерпретировать разнообразные физические ощущения, в основном нормальные симптомы тревожной реакции (сердцебиение, затрудненное дыхание, головокружение) как сигналы надвигающейся катастрофы, т. е. физического или психического отказа. Паника может быть спровоцирована различными раздражителями. Они могут быть как внешние (ситуация, когда человек уже испытал один приступ паники), так и внутренние (физические ощущения, мысли, представления). Запуск панической атаки внутренними раздражителем встречается чаще. Если эти стимулы воспринимаются как угроза, возникает состояние напряженного ожидания и опасения, которое сопровождается физическими ощущениями, относящимися к обычной реакции организма на стресс. Если эти чувства оцениваются как признак надвигающейся катастрофы (катастрофизация), то напряженное состояние усиливается. Возникает реакция «борьба или бегство», которая означает, что начальное чувство усиливается и возникают другие физические симптомы. У пациента учащается дыхание, развивается алкалоз и последующая гипервентиляционная тетания с сопутствующими признаками, которые еще больше усиливают страх. Это снова усиливает физические симптомы. Налицо порочный круг, который достигает высшей точки при панической атаке. В конце концов, произойдет утомление, пациент перестанет гипервентилировать, наступит облегчение вегетативных симптомов.

После переживания панической атаки некоторые пациенты начинают бояться этих атак, у них развивается так называемый страх страха. Это может привести к развитию ПР вследствие двух процессов. Во-первых, пациент будет чрезвычайно чувствителен к малейшим изменениям физических процессов и осознавать симптомов, которые могли бы остаться незамеченными. Это укрепляет его веру в то,

что у него действительно есть физическое или психическое заболевание. Во-вторых, негативная интерпретация физических симптомов поддерживается определенной формой избегающего поведения. Например, пациент, который рассматривает признаки панической атаки как заболевание сердца, начинает избегать любой физической нагрузки. Этим он поддерживает свое убеждение в том, что у него действительно может случиться сердечный приступ, если он изменит свое поведение. Таким образом, у него нет возможности убедиться в том, что ему не угрожает инфаркт, что его симптомы панической атаки на самом деле не опасны (рис.8.15).

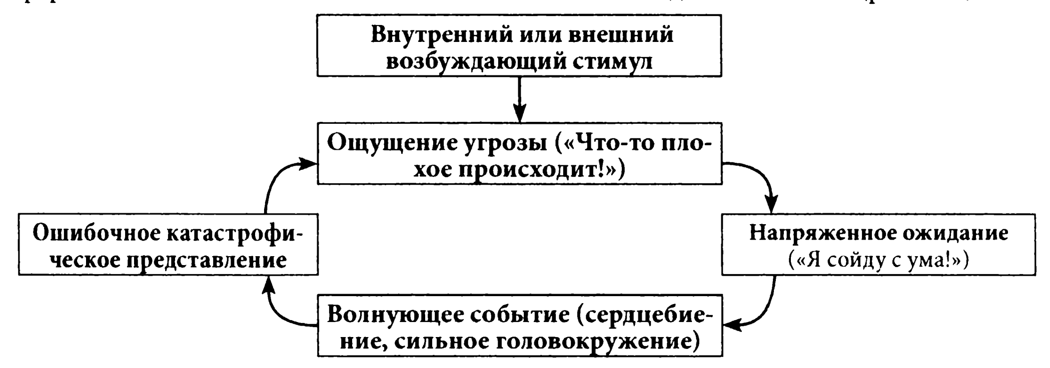


Рис. 8.15. Когнитивная модель панической атаки *(Asmundson и Taylor,2003)*

Когнитивно-бихевиоральная модель дополняет когнитивную модель исследованием поддерживающих факторов ПР. Как только возникнет тенденция негативно объяснять себе физические ощущения, то поддержанию ПР будут способствовать следующие процессы:

1. а) Индивид начинает акцентировать внимание на ощущениях, которых он опасается, постоянно наблюдает за своим телом, не проявились ли они. Это приводит к осознанию симптомов, которых он ранее не замечал. Именно они потом становятся доказательством существования серьезных физических или психических заболеваний.
2. б) Отрицательная оценка поддерживается различными формами избегающего и защитного поведения (Salkovskis, 1988). Например, больной, который обеспокоен тем, что страдает от сердечной недостаточности, избегает физических нагрузок всякий раз, когда чувствует сердцебиение. Если он уходит далеко от дома, то берет таблетку алпразолама или сопровождающего. Избегающим и защитным поведением он ограждает себя от сердечного приступа. Однако такое поведение мешает ему осознать то, что чувства, которые он испытывает, не являются опасными.

3) Межличностные факторы панического расстройства

Люди, страдающие ПР, часто зависят от близких, которых они, сами того не осознавая, сковывают своим страхом. Кто-нибудь всегда должен находиться рядом, чтобы в нужный момент оказать помощь. Трудно определить, страх одиночества предшествовал ПР или был его следствием. Однако мы часто узнаем у больного о преждевременном отделении от родителей в детском возрасте, которое он тяжело переживал. Партнеры пациентов часто чувствуют себя зависимым. Иногда это может быть положительным моментом, потому что ситуация заставляет испытывать

их чувство доминирования или ценности. В других случаях они воспринимают это как значительное ограничение затем происходят конфликты, которые усугубляют паническое расстройство или приводят к вторичной депрессии.

4) Модель КБТ панического расстройства

Модель КБТ объединяет поведенческие и когнитивные модели ПР. Совокупность элементов усвоенного поведения и нервно-вегетативной реакции поддерживается акцентированным вниманием, избегающим и защитным поведением. Негативное представление создает порочный круг страха с кульминацией панической атаки. Когнитивно-бихевиоральная модель ПР. Предварительная концептуализация случая (Možný и Praško, 1999)

Первый опыт

Чрезмерное внимание матери при болезни
Бабушка, с которой она чувствовала себя хорошо, умерла от инсульта.

↓

Дисфункциональные предположения

Каждый физический симптом является серьезной угрозой.
Необходимо постоянно контролировать то, что человек чувствует в своем организме.
Я должна постоянно проверять, здорова ли я.

↓

Ключевое событие

Внезапная потеря сознания перед менструальным циклом.

↓

АНМ

Боже мой, что происходит? Что делать, если я потеряю сознание? Что делать, если у меня случится сердечный приступ? Я задохнусь, и никто мне не поможет! Мне немедленно нужно обратиться к врачу!

↓

Симптомы

Бихевиоральные: немедленное обращение в пункт неотложной помощи, избегание одиночества.
Соматические: сердцебиение, учащенное дыхание, потливость, дрожь, покалывание.
Аффективные: тревога, страх дальнейшего приступа, чувство вины и стыда.
Когнитивные: акцентирование внимания на тревожных мыслях, размышление о том, где находится ближайшая медицинская помощь, ухудшение сосредоточенности при выполнении обычных видов деятельности.

↓

Проблемы

Практические: муж много работает, я одна воспитываю двоих детей.
Межличностные: недоверие к незнакомцам, отсутствие друзей.
Внутриличностные: потеря уверенности в себе, самоконтроля, чувства естественности.

ПР поддерживается тем, что больной сосредоточен на своих физических ощущениях (часто бессознательно), поэтому обращает внимание и на рабочие физические ощущения. Потом он определяет их как доказательство того, что его жизнь в опасности. Другим поддерживающим фактором является избегающее поведение. Пациент отказывается от физических нагрузок, предостерегая себя от возможного сердечного приступа; избегает ситуаций, в которых он в случае не-

обходимости не сможет получить немедленную медицинская помощь. Таким образом, у него нет возможности убедиться в том, что его симптомы отступят сами по себе, что они не опасны.

5) Исследование эффективности КБТ панического расстройства

Большинство психотерапевтических методов не обеспечивает эффективность лечения с помощью научных исследований. У нам нет информации об их эффективности. Сведения об успешных случаях помогают понять психологические проблемы человека, но обобщение для всей группы пациентов не представляется возможным. Это касается психодинамических, гуманистических и эмпирических направлений. Убедительные данные, полученные на основании контролируемых исследований об эффективности лечения ПР, на сегодня имеются только для когнитивно-поведенческой терапии.

Бихевиоральные методы

Экспозиционная терапия основана на наблюдении, что если человек подвергается воздействию пугающего стимула на протяжении достаточно длительного времени, его тревога постепенно уменьшается. Имеется документальное подтверждение эффективности лечения с помощью экспозиции. (58—83 % излеченных пациентов). Состояние большинства больных удается поддерживать в течение несколько лет после окончания лечения (Ballenger и соавт., 1996). В начале 80-х гг. значительно увеличилась эффективность лечения за счет когнитивного реструктурирования и интероцептивного воздействия на панические атаки. Клоско (1990) сравнивал бихевиоральную терапию (экспозицию и когнитивное реструктурирование) с лечением алпразоламом и плацебо у пациентов с ПР и агорафобией. После 12 недель у 87 % пациентов, проходивших лечение с помощью бихевиоральной терапии, 50 % пациентов, принимавших алпразолам, и 36 % пациентов, получавших плацебо, не возникло ни одной панической атаки или избегающего поведения. Краске (1991) в 24-месячном контролируемом исследовании сравнил эффективность бихевиоральной терапии с прикладной релаксацией. Значительно более эффективным оказалось бихевиоральное лечение, и после 24 мес. следующего наблюдения процент пациентов без наступления панической атаки составил 81 %, в то время как в группе прикладной релаксации, таких пациентов было только 36 %. Таким образом, лечение с помощью метода экспозиции оказывает долгосрочный эффект.

Когнитивная терапия

Ньюман (1990) в контролируемом исследовании сравнил когнитивную терапию в сочетании с медикаментозным лечением (имипрамин) с терапией без такого. После 12 недель было замечено улучшение в двух группах у 87 % пациентов. Бек (1992) в течение 8 недель сравнивал когнитивную терапию с поддерживающей психотерапией. При когнитивной терапии у 71 % пациентов наблюдалось значительное улучшение, по сравнению с 25 % пациентами, проходившими поддерживающую психотерапию. Блек (1993) сравнил эффект флувоксамина, когнитивной терапии и плацебо у пациентов с П, и агорафобией. После 8 недель улучшение наблюдалось, у 68 % пациентов, принимавших флувоксамин, у 53% пациентов, проходивших когнитивную терапию, и 20 % пациентов, получавших лечение плацебо.

Когнитивно-бихевиоральная терапия

Она сочетает как методы бихевиоральной терапии (экспозиция, релаксация, контролируемое дыхание), так и когнитивный подход (модификация мыслей и убеждений), сосредоточена на работе с мотивацией пациента. Маргграф и Шнайдер (1991) сравнивали эффективность КБТ с изменением состояния у людей, ожидающих терапию. В течение 12-недельного периода с помощью КБТ произошло значительное клиническое улучшение у 91 % пациентов, в то время как у ожидающих лечения больных, состояние улучшилось лишь у 5 %. Телч. (1993) также сравнивал КБТ с группой людей, ожидающих лечение. После 12 недель существенное улучшение произошло у 85 % пациентов, получавших лечение с помощью КБТ, и лишь у 30 % людей, ожидающих лечения. Котье (1992) в контролируемом исследовании сравнивал КБТ с плацебо или с алпразоламом. После 8 недель оказалось существенно эффективным сочетание КБТ и медикаментозного лечения, однако после 12 недель разница не достигла начального уровня. После 12 мес. лечения при комбинации КБТ с плацебо 92 % пациентов не ощущали трудностей, при комбинации с медикаментозным лечением на отсутствие трудностей указали 100 % больных.

Ост и (1993) сравнивал КБТ с прикладной релаксацией у больных с ПР, с агорафобией или без нее. КБТ оказалась существенно более эффективной после 12 недель и после 12 мес. Перестали испытывать какие-либо трудности 89 % пациентов, получавших лечение с помощью КБТ, и 74 % пациентов, получавших знания о прикладной релаксации.

Огерберг (1995) сравнивал пароксетин с плацебо, причем обе группы одновременно проходили КБТ. Сочетание было статистически значимым только на 12-й неделе приступов паники и вегетативных симптомов, а не в пределах избегающего поведения.

Краске (1995) попытался уменьшить количество терапевтических сеансов при КБТ с 12 до 4. Это краткосрочное вмешательство он сравнивал с недирективной психотерапией также в 4 сеансах. Краткая версия КБТ привела к улучшению у 53 % пациентов, в то время как при недирективной психотерапии их было только 8 %.

Гулд (1995) сравнил эффективность фармакотерапии, КБТ и комбинированного лечения в мета-анализе в 43 контролируемых исследованиях с участием 76 терапевтических интервенций. КБТ имела самый большой средний балл эффективности (effect size, ES=0,68). Пациентов, досрочно прекративших лечение при КБТ, было в среднем 5,6 %, что значительно меньше, чем при фармакотерапии. Особенно интересно то, что среди методов КБТ наиболее эффективным оказалось сочетание когнитивной реструктуризации и экспозиции (ES=0,88).

Барлоу (1997) суммировал 12 контролируемых исследований, проведенных в 90-е гг., которые сравнивали КБТ с другими методами лечения. В большинстве исследований КБТ оказалась значительно более эффективной, чем другие подходы, в том числе фармакотерапия и альтернативные варианты психосоциального лечения.

Контролируемые исследования эффективности КБТ КБТ (Barlow и др., 1997; Clark и др., 1991) показали, что КБТ эффективна при активном лечении более чем у 70 % пациентов, которые завершили всю программу лечения, что достигнутые результаты сохраняются в течение 2 лет.

По сравнению с медикаментозным лечением, бихевиоральные, когнитивные и когнитивно-бихевиоральные методы более эффективны как в краткосрочной перспективе активного лечения, так и в долгосрочном катамнезе (Ballenger, 2000). Несмотря на то что исследования, сравнивающие эффективность фармацевтических препаратов и психологических подходов, трудно контролировать (тяжело создается плацебо эффект психотерапии), данные подтверждаются при долгосрочных исследованиях.

Самым сложным исследованием, в котором сравнивали эффективность фармакотерапии и КБТ, была многоцентровая работа Барлоу (1998). Сравнивалась КБТ, имипрамин, их комбинация и плацебо в 11- недельном активном лечении и 6-месячного катамнеза. Активные подходы в конце лечения оказались одинаково эффективными по сравнению с плацебо (табл.8.10).

Таблица 8.10. Контролируемое психотерапевтическое исследование ПР

Цитирование	**Терапия**	**Количество пациентов**	**Продолжительность исследования**	**Результаты**
Newman и др., 1990	КТ КТ+ИМИ			КТ= КТ + ИМИ
Klosko и др., 1990	БТ АЛП ПЛА	26	12 недель	БТ > АЛП > ПЛА
Margraf и Schneider, 1991	КБТ НП	40		КБТ >НП
Craske и др., 1991	БТ ПР	33	Катамнез 24 мес.	Катамнез БТ >АР
Cote и др., 1992	КБТ+ПЛА КБТ+АЛП	21(?)	12 недель	КБТ + ПЛА = КБТ + АЛП
Beck и др., 1992	КТ ПП	33	8 недель	КТ >ПП
Ost и др., 1993	ЛБТ ПР	38	12 недель + катамнез 12 месяцев	КБТ > АР
Telch и др., 1993	КБТ НП	34	12 недель	КБТ > НП
Marks и др., 1993	АЛП+ЭКС АЛП+РЕЛ ПЛА+ЭКС ПЛА+РЕЛ	154	8 недель	Все процедуры подобным образом эффективны; алпразолам без воздействия имел более быстрый эффект, чем воздействие без альпразолама
Black и др., 1993	ФЛУ КБТ ПЛА	75	8 недель	ФЛУ> КБТ> ПЛА
Oehrberg и др., 1995	ПАР+КБТ ПЛА+КБТ	120	12 недель	ПАР + КБТ > ПЛА + КБТ
Clark и др., 1994	КТ ПР ИМИ НП	64	12 недель + поддерживающее лечение следующие 3 мес. + 9 мес. катамнез	Акутное лечение: КТ > АР = ИМИ > НП За 3 мес. КТ = ИМИ > АР За 12 мес. КТ > ИМИ

Wiborg и Dahl, 1996	КЛО КЛО+КДТ	40	9 мес.	КЛО + ДТ> КЛО
De Beurs и др., 1995	ФЛУ+ЭКС ПЛА+ЭКС	96	12 недель	ФЛУ + ЭКС = ПЛА + ЭКС
Barlow и др., 1998	ИМИ КБТ КБТ+ИМИ ПЛА	312	3 мес. + 6 месяцев катамнеза	3 мес. акутного лечения: КБТ + ИМИ = ИМИ = КБТ > ПЛА 6- месячный катамнез: КБТ + ИМИ = КБТ > ИМИ > ПЛА
Milrod и др., 2000	КДТ	14	12 недель + 6 мес. катамнеза	Акутное лечение: существенно лучше чем в начале Катамнез: улучшение поддерживалось

Обозначения:

КТ — когнитивная терапия;
ПР — прикладная релаксация;
ПП — поддерживающая психотерапия;
КДТ — краткосрочная динамическая психотерапия;
КЛО — кломипрамин;
КБТ — когнитивно-бихевиоральная терапия;
ИМИ — имипрамин;
НП — пациенты, не проходившие и ожидающие лечения;
БТ — бихевиоральная терапия;
АЛП — альпрозолам;
ПЛА — плацебо терапия;
ФЛУ — флуоксетин;
ПАР — пароксетин;
КЛО — клоназепам;
ЭКС — экспозиция.

Преимущества и недостатки КБТ

КБТ дает результатом высокую эффективность и отсутствие побочных эффектов. Возможно, самым большим преимуществом является относительное постоянство улучшения без продолжения лечения. Тем не менее, 10—15 % пациентов отказываются от этого лечения из-за его сложности. Другой проблемой является недостаток хорошо подготовленных терапевтов.

8.2.1.3. Лечение панического расстройства

После 60-х гг. разработано несколько эффективных подходов психологических и фармакологических методов лечения. Экспозиционная терапия и имипрамин доказали свою эффективность (Klein, 1964; Marks, 1969). На симптоматическом уровне фармакотерапия и КБТ являются наиболее эффективны (см. обзоры Barlow и Brown, 1996; Ballenger и др., 1996; Shear, 1997; Praško и др., 1997).

Часто используемым вариантом психотерапии ПР является использование бензодиазепинов и антидепрессантов (табл.8.11).

Бензодиазепины

Хотя бензодиазепины могут помочь в преодолении острого эмоционального кризиса, для применения при длительном тревожном состоянии они не подходит. Длительное их применение может привести к зависимости. Очень хорошего эффекта можно достичь с помощью алпразолама, который эффективен в дозе 4—8 мг, в исключительных случаях до 10 мг в день. Эффективен клоназепам в дозировке 1—6 мг в день, в более высокой дозировке также диазепам и лоразепам. Тем не менее преимущество первых двух бензодиазепинов по сравнению с диазепамом очевидно: более низкие седативные эффекты, быстрое начало действия, эффект в течение 2 недель, очень хорошая переносимость. У всех бензодиазепинов после резкой отмены появляется абстинентный синдром, поэтому необходимо постепенно уменьшать дозировку.

Бета-блокаторы

В качестве препарата при панических атаках назначают пропранолол. Однако контролируемые исследования не подтвердили его эффективность. Тем не менее пропранолол до сих пор используется в медикаментозном лечении больных с сильным сердцебиением при панической атаке.

Антидепрессанты

Это наиболее подходящие препараты для лечения ПР. При их назначении терапевт должен знать, что вначале они могут немного усугубить симптомы из-за побочных эффектов, по отношению к которым пациенты с ПР чрезвычайно чувствительны. Поэтому надо начинать с малой дозировки препарата: в первые 14 дней назначать половину терапевтической дозировки, потом увеличить до терапевтически эффективного уровня.

Преимуществом наиболее изученных классических антидепрессантов — имипрамина и кломипрамина — является длительный период выведения, который позволяет принимать препарат один раз в сутки. К недостаткам можно отнести значительные побочные эффекты (антихолинергический эффект) и длительное начало действия (после 4—6 недель).

СИОЗС. Эффективными средствами для ПР являются пароксетин, циталопрам, сертралин, флуоксетин и эсциталопрам. Их действие ощущается уже в течение 3 недель лечения.

СИОЗСН. Венлафаксин одинаково эффективен при ПР и СИОЗС:

Комбинация психотропных препаратов

Стандартной комбинацией является прием бензодиазепинов с антидепрессантами. Бензодиазепины (алпразолам или клоназепам) помогают снизить тревогу и блокировать панические атаки, особенно в начале лечения. Когда после 3—6 недель наблюдается полный эффект антидепрессантов, бензодиазепины можно отменить. Так как некоторым пациентам сложно прекратить прием бензодиазепина эта комбинация рекомендуется только при тяжелых формах ПР.

Таблица 8.11. Медицинские препараты, успешно используемые в лечении ПР

Группа препаратов	Генерическое название	Начальная дозировка, мг	Повышение дозировки, мг	Терапевтическая дозировка, мг	Основные побочные эффекты
Трициклические антидепрессанты	Имипрамин Кломипрамин	25 — 50 25 — 50	25 в неделю 25 в неделю	150 — 250 100 — 250	Ортостатические коллапсы, запор, сухость во рту, затуманенное зрение, тахикардия, проблемы мочеиспускания.
СИОЗС	Пароксетин Циталопрам Флуоксетин Флувоксамин Сертралин Эсциталопрам	10 10 ....5.... 25 25 5	10 в неделю 25 в неделю	20 — 50 20 — 60 20 — 80 100 — 200 50 — 200	Тошнота, слабость, сексуальная дисфункция, чувство нервозности, бессонница, головная боль.
ИМАО	Моклобемид	150	150 за 3 дня	600 — 900	Тошнота, диарея или, наоборот, запор, бессонница, сухость во рту.
ИМАО	Транилципромин	5	5 за 3 дня	20 — 50	Лекарственные взаимодействия! диета! усталость, бессонница, головокружение, сердцебиение, головная боль.
СИОЗСН	Венлафаксин	37,5	37,5 за 3 дня	75 — 375	Тошнота, отсутствие аппетита, бессонница или сонливость, усталость, головная боль, повышение кровяного давления.
Бензодиазепины	Алпразолам Клоназепам	2 1	При отсутствии эффекта после 2 недель, повторить	4 — 8 1 — 6	Усталость, сонливость, затуманенное зрение, нарушение координации, гипотензия, снижение либидо, проблемы с мочеиспусканием.

8.2.1.4. Метод КБТ при паническом расстройстве

Лечение обычно происходит в амбулаторных условиях, индивидуально (Praško и соавт., 1997) или в группе (Soukupová и Praško, 2001), продолжается 5—20 сеансов один или 2 раза в неделю. В некоторых случаях навыки, усвоенные во время сеанса, можно переносить в домашнюю обстановку на более длительное время.

1) КБТ обследование

Оценка состояния пациента включает анамнез психиатрических, психологических и соматических заболеваний, подробное физическое обследование, измерение артериального давления и пульса, ЭКГ, ЭЭГ и лабораторное обследование, включающее седиментационный анализ, анализа крови и обследование печени. Специальные обследования включают магнитно-резонансную томографию (МРТ), позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ), однофотонную эмиссионную компьютерную томографию (ОФЭКТ).

Основную информацию мы, как правило, получаем из диагностического интервью и жалоб пациента. При психиатрическом обследовании мы ориентируемся на следующее:

1. характер панических атак, когда, где, как, с кем или в отсутствие кого они появляются;
2. чего больше всего боится пациент, какие физические реакции появляются, как он себя ведет;
3. чего пациент избегает, как он защищается от паники;
4. ожидание тревоги;
5. что может избавить от страха (лекарство, другой человек и т.д.);
6. употребляет ли пациент напитки с кофеином (в том числе крепкий чай), какие лекарства он принимает (например, антиастматические средства);
7. в чем именно ПР ограничивает жизнь (в рабочем плане, в семейной жизни, в свободное время).

Необходимо определить, при каких обстоятельствах возникает ПР, последствия защитного и избегающего поведения, вторичные (второстепенные) выгоды (муж нашел работу, которую может выполнять дома).

Пример оценки ПР:

1. **Топография тревоги**
   Физические симптомы: сердцебиение, затрудненное дыхание, покалывание, внутричерепное давление.
   Частота: один или два раза в неделю. Продолжительность: от 5 до 12 мин. Антиципационная тревога: боязнь приступа в ситуациях, когда человек находится один.
2. **Антецеденты**
   Ситуация: одиночество, сон, места, которые находятся далеко от больницы или врача, горячая ванна. Физические явления: учащенный пульс, затрудненное дыхание, головокружение. Внутренние когнитивные: мысли что у человека случится сердечный приступ, а помощь находится слишком далеко. Внутренние эмоциональные: тревога. Деятельность: физические упражнения, секс, купание в горячей воде. Стимуляторы: кофе, алкоголь.
3. **Когниции**
   Физические: у меня сердечный приступ, мое сердце разорвется. Психические: я это не выдержу, сойду с ума.
4. **Бихевиоральная реакция на тревогу**
   Побег: поиск любимого человека, конец деятельности, связанный с приступом. Обращение за помощью: звонок в скорую помощь. Степень защиты: всегда быть рядом с человеком, который защитит.
5. **Бихевиоральная реакция на ожидание тревоги**
   Избегание: физические упражнения, секс, одиночество, купание в горячей воде. Сигналы безопасности: быть рядом с кем-то, иметь при себе сотовый телефон, контролировать давление и пульс несколько раз в день, повторные осмотры врачей, кардиологов, в том числе ЭКГ, лабораторные исследования.
6. **Последствия**
   Семья: матери необходимо жить с ней по очереди с мужем, родители упрекают ее за это, происходят ссоры, ее пребывание ограничивается местами рядом с больницей или врачами, дети ее не уважают. Работа: нет. Свободное время: ограниченное внимание к физическим симптомам, избегание любой физической деятельности и в

отсутствие защищающего человека. Социальные: помимо близких и врачей она ни с кем не общается в течение 2 лет.

7. **Общая тревога**

   Напряженность и раздражительность в течение дня.

2) Оценка и измерение

Диагностическая информация может быть дополнена короткими оценивающими опросниками, с помощью которых можно определить тяжесть симптомов. Опросник тревоги Бека (BAI) оценивает общий уровень тревожности и может ориентировать процесс лечения. Шкала тревожности Шихана более подробная. Для исследовательских целей используются шкала для оценки тяжести ПР (Panic Disorder Severity Scale, PDSS; Shear и др., 1997) записи панических атак.

Пример записи панических атак

имя: Сильва И. **дата: 1 декабря время: 2 ч утра продолжительность: 16 мин** **совместно с: родственник друг иностранец одна X** **стрессовая ситуация: да / нет ожидаемая: да / нет** **Максимальное значение тревоги:** **0-----------1------------2-----------3------------4----------5------------6------------7---------------8** **отсутствует среднее экстремальное**
Чувства (зачеркнуть): сердцебиение ____x____ потливость _____x____ озноб _____x______ стеснение в груди ____x____ ком в горле __________ страх смерти ______x_____ затрудненное дыхание ____x____ тошнота __________ страх сойти с ума ______x_____ головокружение ____x____ нереальность _____x____ страх потери контроля ______x_____ тремор _________ покалывание _____x____ потливость ____________ другие симптомы:
Мысли и идеи в данный момент
Потеряю контакт с окружающим миром, сойду с ума.

3) Проблемы и цели, план лечения

Лечение начинается с разработки индивидуального терапевтического плана. Для каждого пациента он составляется отдельно. Надо решить, назначить в процессе лечения антидепрессанты или ограничиться психотерапией. Факторы, которые принимают во внимание: анамнез, тяжесть психопатологии, предыдущее лечение, готовность к сотрудничеству и сопутствующие заболевания. Например, если у пациента проявляются симптомы депрессии, целесообразно использовать антидепрессанты. Основные цели лечения — отсутствие панических атак и рецидива ПР.

Общие цели лечения: терапевтические отношения, психообразование пациента и его родственников, установление разумных целей и способов их достижения, облегчение симптомов тревоги, исключить избегающее поведение, в случае возникновения жизненных проблем их систематическое решение, реабилитация, поддержание здорового состояния и профилактика рецидивов.

Практическим определением полного выздоровления в течение 4—6 месяцев будет ремиссия в следующих сферах:

1. Панические атаки.
2. Тревога ожидания.
3. Фобия (в том числе агорафобия).
4. Больные в социальной роли (работа / семья / общество).
5. Общее физическое здоровье.

Лечение по длительности можно разделить на краткосрочное (активное), которое обычно длится 12 недель, и долгосрочное (поддерживающее) — 12—18 мес. Кризисное вмешательство применяется для купирования затяжного приступа, который обычно заканчивается в отделении неотложной помощи. При кризисном вмешательстве нет определенных правил, оно экспериментально не изучено. Лучше всего, успокоить пациента методом контролируемого дыхания (менее подходящий вариант — пациент дышит в полиэтиленовый пакет), затем провести физическое обследование и ЭКГ, исключить острое соматическое заболевание, а при отрицательных результатах направить пациента к психиатру. Пациент может принять бензодиазепин перорально (прием диазепама имеет эффект плацебо, начинает действовать после окончания приступа).

Важно проявлять уважительное отношение к пациенту. Терапевты иногда недовольны тем, что у них отнимает время человек, который придумал себе свою болезнь и ведет себя истерично.

4) Терапевтические вмешательства при ПР

КБТ при ПР выполняется в амбулаторных условиях индивидуально, либо в группах (Soukupová и Praško, 2001). В этих условиях пациенты проходят обучение, когнитивную реструктуризацию, получают обратную связь при разборе домашних заданий и обучении социальным навыкам. При ПР важное значение имеет интероцептивное воздействие. Однако в амбулатории присутствуют сигналы безопасности, которые ограничивают применение полученных навыков в других ситуациях.

Госпитализация пациента требуется не только при тяжелых формах ПР.

Сеанс, проводимый в естественной среде (особенно в квартире) пациента более полезен для него, так как это место, где чаще всего происходят приступы паники. Однако это не очень подходящий вариант для терапевта, когда он назначает ежедневную программу лечения и должен иметь интенсивный контакт с больным, в том числе для исключения осложнений медикаментозного характера. Поэтому терапевтические сеансы непосредственно в доме пациента проводятся после выписки больного из стационара.

Лечение занимает 5—20 сеансов с частотой раза в неделю. Основная цель лечения заключается в снижении вегетативных симптомов, изменении когнитивного восприятия панических атак и тревоги в целом, т. е. в постепенном устранении страха и избегающего поведения. В случае партнерских, сексуальных, рабочих проблем мы можем на второй фазе лечения помочь пациенту преодолеть эти трудности.

Основные методы КБТ ПР:

1. психообразование,
2. когнитивная реструктуризация (оспаривание катастрофических интерпретаций);
3. практика релаксационного дыхания и расслабления мышц;

4. интероцептивное воздействие (управляемый приступ);
5. управление избегающим поведением.

Лечение начинается с *психообразования*, которое занимает 1—2 сеанса. Пациент получает адекватную информацию о стрессовой реакции с акцентом на физиологические аспекты. Мы составляем модель КБТ для ПР на основании симптомов, которые пациент указал при начальном осмотре. Пациент должен осознать, что тревога — это физиологическая реакция на стресс. Описывая АНМ, тревожное поведение, вегетативные реакции и тревожные эмоции, мы создаем порочный круг тревоги, объясняем, как избегающим поведением и тревожным ожиданием («страхом страха») пациенту следует готовиться к тревожному приступу.

«Вы сказали мне, что в какой-то момент вы ощущаете сильное сердцебиение. Так ли это? ... О чем вы думаете ...когда вдруг чувствуете сильное сердцебиение? ...вы думаете, что это может быть сердечный приступ? И как вы себя чувствуете, когда думаете о том, что это может быть сердечный приступ? ... Да, вы чувствуете страх, который стремительно перерастает в панику. Что вы делаете дальше? ... Измеряете пульс, понимаете, что из-за волнения вы его не можете прощупать, звоните в отделение скорой помощи. Сможете ли вы успокоиться в такой ситуации?.. Нет, не сможете ... Какие другие физические ощущения испытываете? ... Да, беспокойство продолжает расти, вы задыхаетесь, чувствуете покалывание в пальцах и вокруг губ. Вы думаете, что с минуты на минуту умрете. Посмотрите: на этой схеме я попытался отобразить то, что с Вами происходит. Результатом приступа является тревожное ожидание новой атаки. Это ожидание — неприятный стресс, который вызывает реакцию организма — следующее неожиданное сердцебиение. Порочный круг панического расстройства замыкается».

Тема следующего сеанса — *когнитивная реструктуризация*, т. е. систематическая модификация убеждений с помощью специфических методов. Мы учим пациентов снижать беспокойство с помощью распознавания, оценивания, контролирования и изменения АНМ и связанных с ними реакций. Для этих целей существуют когнитивные и бихевиоральные методы.

Следующий сеанс посвящен гипервентиляции при панических атаках и *дыхательной гимнастике* (а позже прикладной релаксации). Пациент учится снижать свое напряжение в ситуациях паники.

Далее следует повторное воздействие беспокоящих внутренних, физических раздражителей — *интероцептивное воздействие*. Физические симптомы приступа вызываются гипервентиляцией или другим способом. Тревога и физические симптомы смягчает успокаивающее дыхание. Почти половина пациентов с ПР, неосознанно при приступе вызывают гипервентиляцию.

После того как пациент освоил практику релаксации дыхания, начинается интероцептивное воздействие. Мы продолжаем работать в этом направлении в каждом сеансе до окончания терапии. Если присутствует агорафобия, то интероцептивное воздействие дополняют тревожные раздражители в естественных условиях. Перед многими пациентами после устранения симптомов паники раскрываются жизненные проблемы, чаще всего трудности в отношениях, реже проблема, связанная с работой. Поэтому во взаимоотношениях на работе, с партнером или родителя-

ми важно, далее последовало ее решение. Целесообразно продолжать воздействие внешних возбудителей в случае агорафобии. В табл.8.12 дан пример отдельных стратегий (16 сеансов) в неосложненных случаях панической атаки.

Таблица 8.12. Индивидуальные шаги терапии

Часть	Стратегия	Сеанс
1	Контроль симптомов:	1-12
	1. Психообразование. Урок о природе ПР и стрессовой реакции 2. Психообразование. Модель ПР 3. Работа с мыслями — определение 4. Работа с мыслями — реструктурирование 5. Дыхательные тренировки 6. Интероцептивное / экстероцептивное воздействие	1 1-2 3 4-12 5-12 6-12
2	Решение Проблем	12-16

Психообразование. Урок о природе ПР и стрессовой реакции. Модель ПР

С самого начала терапии необходимо, чтобы пациент понимал ее смысл и свои действия при сильной тревоге. Пациенту следует объяснить физиологическую реакцию на стресс. Симптомы, которые пациент определяет как катастрофические, можно описать с моделью «борьба или побег». Пациент учится понимать порочный круг тревоги (рис.8.16). Мы объясняем возникновение ПР, взаимосвязь между мыслями, чувствами, поведением и физическими реакциями в рамках когнитивно-бихевиоральной модели.

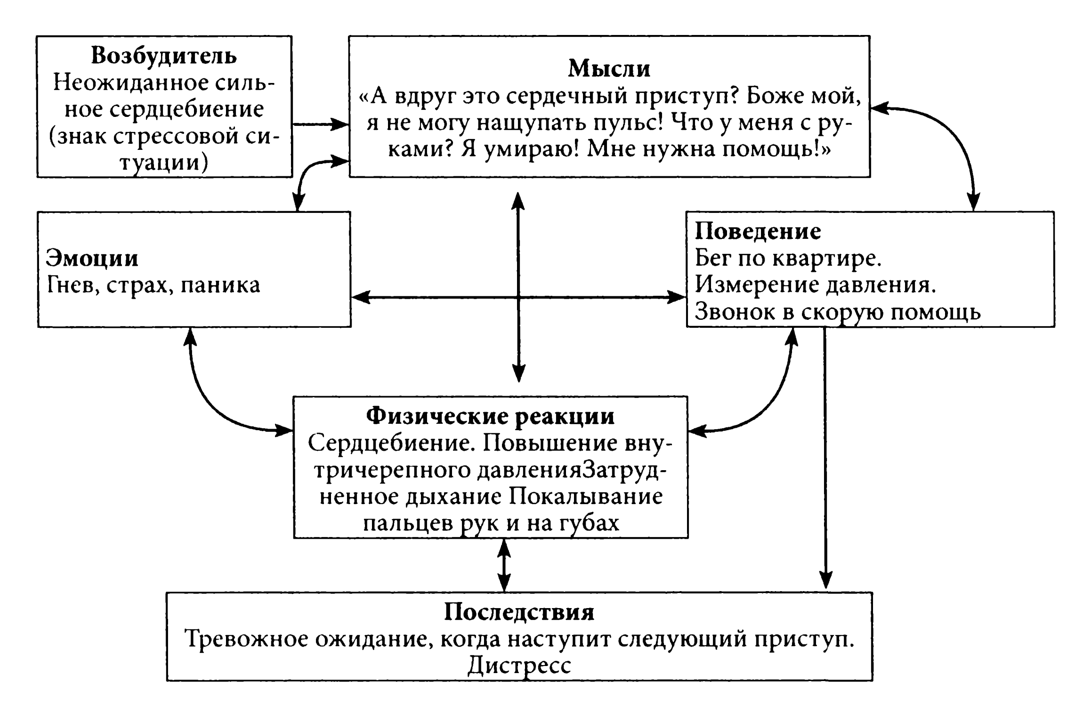


Рис. 8.16. Порочный круг возникновения панической атаки

При объяснении с пациентом необходимо подчеркнуть, что мы ожидаем от него активное сотрудничество. Мы объясним влияние индивидуальных терапевтических методов (например, успокаивающее дыхание, оспаривание катастрофи-

ческих интерпретаций). Можно показать, используя порочный круг панической атаки, как меняются автоматические мысли и поведения (постепенно сокращается избегающее поведение), как с помощью контролируемого дыхания предотвратить развитие вегетативных симптомов (8.17). Необходимо, чтобы различные виды лечения логически вытекали из объяснения. Для действия гипервентиляции на панические атаки необходимо обучать контролируемому дыханию, а влияние АНМ на активацию вегетативной системы подразумевает выявление и определение этих мыслей. Во время лечения мы подводим пациента к тому, чтобы он научился эффективно управлять симптомами тревоги и был готов неоднократно испытывать тревогу. Если мы назначили пациенту медикаментозное лечение, следует объяснить ему его действие в рамках модели КБТ (снижение основного беспокойства), ожидаемое начало действия (3—6 недель при приеме антидепрессантов) и наиболее важные побочные эффекты. На первом сеансе пациент получил памятку для самостоятельного изучения и аудиозапись сеанса.

Рис. 8.17. Модель ПР и порочный круг функционирования симптомов

Работа с мыслями

Когнитивная реструктурирование — это подход, который учит постепенно менять катастрофические мысли, которые появляются во время приступа или тревожного ожидания. Речь идет об АНМ. Совместно с пациентом необходимо со-

ставить список его наиболее распространенных и самых неприятных мыслей и во время сеанса научить его оспаривать их с помощью соответствующих вопросов, искать разумные ответы (так называемый сократический диалог), которые пациент будет иметь в качестве шпаргалки:

Лицевая сторона	**У меня сильное сердцебиение. Что если у меня случится инфаркт?**
Оборотная сторона	**Успокойся! Это не инфаркт, а твой способ реакции на стресс**

Более сложный вариант — это работа с АНМ (Praško и соавт., 1997). Мы должны обсуждать с пациентом их список АНМ на каждом сеансе и совместно выбирать либо ту, которая его беспокоит больше всего, либо которую с наибольшей вероятностью можно будет оспорить. Последнюю мы исследуем, насколько она отвечает действительности или искажена. Самая трудная задача в диалоге — избежать ситуации, когда терапевт оспаривает, а пациент отстаивает определенные АНМ. Мы направляем пациента на то, чтобы он самостоятельно оспаривал свои АНМ и искал их альтернативные объяснения. Мы используем следующие вопросы: «Что свидетельствует за эту идею? Что бы в этой ситуации подумал кто-то другой?, Не пропустил ли я какие-нибудь важные факты?, Не рассуждаю ли я с точки зрения "все"» или "ничего"? А что если действительно произойдет...». В диалоге с пациентом надо найти и сформулировать рациональный ответ, который ослабит убедительность и эмоциональные последствия АНМ. Другая цель — научить пациента самостоятельно их изучать и оспаривать, чтобы он смог понять, какие логические ошибки он допускает в своем мышлении. При работе с пациентами, страдающими ПР, основное внимание уделяется катастрофическим интерпретациям физических реакций и их замене на более подходящие мысли. «Эти чувства я знаю, я испытывал их уже много раз. Они неприятные, но неопасные».

Работу с АНМ можно начинать со второго сеанса. Бывает трудно научить пациента понять, как у него начинается тревога, и какие мысли или представления в этот момент возникают. Мы раскрываем его внутренний монолог — самоинструктирование, которое при панических атаках имеет катастрофический характер. «Я точно потеряю сознание. Все заметят это, и я буду выглядеть, как дурак». После того как пациент установит АНМ и поставит их под сомнение, далее он должен прорепетировать варианты вслух громко, а затем тихо. Полезно проговаривать позитивные варианты в домашних условиях, особенно когда происходит паническая атака. За первым удачным внутренним монологом во время приступа должно последовать вознаграждение.

Существуют различные этапы когнитивной реструктуризации.

Взаимная связь эмоций и АНМ

Возвратимся к схеме, которую нарисовали с пациентом на первом сеансе. Заново обсудим порочный круг тревоги, а затем обсудим варианты его разрушения посредством работы с АНМ. Можно сказать пациенту следующее:

Людям, у которых случаются приступы паники, часто приходят в голову мысли угрожающего характера. Они неконструктивны, приводят к тревожному поведению и избеганию, а не к решению ситуации. Поэтому необходимо научиться противостоять этим автоматическим мыслям и обсудить их обоснованность, затем заменить конструктивными. Мы этому вместе на-

учимся. Но не будем спешить, потому что привычка испытывать при стрессе АНМ формируется годами.

Необходимо, чтобы пациент понял взаимосвязь между причиной панической атаки, своими эмоциями и определенным поведением, основываясь на мыслях, которые у них возникают. На примере мы покажем пациенту, что на один возбудитель могут быть различные реакции.

Ситуация	**Мысль**	**Эмоциональная реакция**
Внезапное головокружение.		
а) вариант с тревогой	«Что если у меня инсульт?»	Повышенная тревога
б) вариант без тревоги	«Наверное, у меня низкое давление. Ничего страшного»	Спокойствие

Распознавание АНМ

Большинство пациентов в состоянии распознать свои автоматические мысли уже в начале лечения. Однако у некоторых могут возникнуть проблемы, потому что они не осознают свои мысли либо у них катастрофические визуальные представления. Последние можно легко реконструировать, предложив пациенту оценить ситуацию, т. е. в момент возникновения беспокойства он описал свои мысли или представления в виде прямой речи. Он также должен записать ситуацию, вызывающую тревогу и негативные мысли.

Тестирование истинности АНМ

Пациент может использовать сократический диалог либо самостоятельно оспорить свои мысли в рамках домашнего задания. Большинству пациентов легче найти объяснения, которые свидетельствуют в пользу АНМ, чем об обратном. Тем не менее после обсуждения домашних заданий пациенты быстро учатся их тестировать.

Тестирование автоматических мыслей

«Я точно сойду с ума!»	
Что свидетельствует за?	**Что свидетельствует против?**
У меня такое чувство, как будто это происходит в каком-то фильме	Я неоднократно испытывала эти чувства. Со мной ничего не случилось. Они просто неприятные и приходят неожиданно
Я хочу куда-нибудь убежать, но не знаю куда	Это верно. Но я никуда не убегу. Здесь, скорее всего, это объясняется страхом, а не потому, что я сошла с ума
Нормальные люди не бегают без причины по квартире, не испытывают такой страх	Я не знаю, как ведут себя другие люди, когда у них повышенное чувство страха. Возможно, они ведут себя подобным образом.
Двоюродная сестра моей матери умерла в психиатрической лечебнице. У нас это наследственное	Это верно. Но она была очень пожилая и страдала деменцией. Я еще не настолько стара. И даже если кто-то из семьи был сумасшедшим, это еще не значит, что и я должна сойти с ума
Рациональный ответ: Я боюсь, что сойду с ума, но это только мои опасения. У меня нет каких-либо доказательств, что я должна сойти с ума. Тем не менее у меня бывают тяжелые приступы тревоги, при которых я испытываю очень неприятные ощущения	

Создание рационального ответа

Если нам удалось адекватно протестировать АНМ, то найти рациональные ответы просто. На поздних стадиях лечения пациенты без труда дают прямой рациональный ответ, причем эту мысль тестируют только в уме.

Тренировка дыхания

Так как учащенное дыхание часто предшествует усугублению панической атаки, необходимо научить пациента контролировать дыхание. Пациент тренируется во время сеанса или самостоятельно в спокойном состоянии, а позднее — во время тревоги или панической атаки. Обучение начинается с первого сеанса. Терапевт просит пациента считать: один-два-три — вдох, один-два-три-четыре — выдох. Пациент должен сосредоточиться на дыхании, чтобы оно было регулярным и спокойным. Как только он освоит этот метод, можно приступить к интероцептивному воздействию — возбуждению физических симптомов тревоги с помощью гипервентиляции и впоследствии управление ими с помощью дыхания. Попросим пациента интенсивно и глубоко дышать 2—3 мин. когда, возникнут головокружение, сердцебиение или стеснение в груди, попросим пациента постепенно снижать интенсивность данных симптомов медленным и регулярным контролируемым дыханием. У многих пациентов при гипервентиляции возникает такое же чувство, которое они испытывают во время панических атак. Поэтому для них важно понять, что они способны облегчить неприятные чувства усилием собственной воли и какой-либо деятельностью. Важно тренировать дыхание и в домашней обстановке, как только появятся признаки паники.

Обучение релаксации

Поскольку повышенное напряжение мышц — это один из основных симптомов тревоги, важно, чтобы пациент научился расслабляться. Интенсивное напряжение и другие физические симптомы он учится облегчать, контролируя дыхание. Тем не менее часто остается небольшое напряжение, которое может вызвать головную боль, раздражительность. Поэтому пациента надо учить расслабляться по методу Якобсона или Оста. Пациенты с повышенной тревожностью осваивают их довольно быстро. Эти методы для них больше подходят, чем аутогенная тренировка. Пациент может тренировать релаксацию как минимум один раз в день и записывать ее результаты. На следующих сеансах мы пропускаем фазу напряжения и сразу переходим к расслаблению. Затем пациент тренируется как минимум 2 раза в день, а потом и в повседневных ситуациях.

Интероцептивное воздействие

Экспозиционная терапия подробно описана в главе, посвященной стратегиям КБТ. Для ПР наиболее важным является интероцептивное воздействие, т. е., действие физических ощущений (табл.8.13) и внешних раздражителей (например, магазина, транспортных средств, лифтов), так как агорафобия является частым осложнением ПР. Для большинства пациентов достаточно 5—10 интероцептивных воздействий на терапевтических сеансах.

Таблица 8. 13. Методы, используемые при интероцептивном воздействии *(Možný и Praško, 1999)*

Маневр / Упражнение	Время воздействия, мин	Инструкция
Гипервентиляция	2 — 5	Дышите глубоко и интенсивно с открытым ртом без остановки. Делайте это громко (так называемое собачье дыхание)
Кружение	1 — 2	В быстром темпе кружитесь на месте, желательно рядом со стеной, чтобы можно было опереться при потере равновесия (можно выполнять на крутящемся кресле)
Приседание	2 — 3	В быстром темпе делайте приседания, до тех пор пока не начнется учащенное сердцебиение
Бег на месте	2 — 5	Энергичный бег на месте (или высоко поднимая ноги).
Изменение положения	2 — 3	В кресле или на стуле положите голову между ног так, чтобы она находилась ниже уровня сердца. После истечения установленного времени, резко поднимитесь, откройте глаза и посмотрите вперед
Потряхивание головой	1 — 2	Опустите голову и встряхивайте ее из стороны в сторону с закрытыми глазами. Затем поднимите голову вверх, откройте глаза и посмотрите вперед
Физическое напряжение	2 — 3	Сожмите кулаки, напрягите руки, ноги, переднюю часть плеч, грудь и все тело. Глубоко дышите
Задержание дыхания	0,5	Сделайте глубокий вдох и задержите дыхание на как можно более длительное время
Дыхание через трубочку	2 — 3	Дышите через трубочку. Другой рукой зажмите нос
Пристальный взгляд	2 — 3	Внимательно смотрите в одну точку на пустом стуле. Старайтесь не двигать глазами
Ком в горле		4—6 раз подряд сглотните насколько быстро, насколько это возможно
Теплостойкость	15 — 20	Сядьте на теплое место (нагретое солнцем, камином и т.д.) очень тепло одетыми (альтернативный вариант сауна)
Взгляд в зеркало	2 — 3	Смотрите на себя в зеркало, не мигая

Изменение избегающего поведения — экспозиция в естественных условиях (экстероцептивное воздействие)

Многие пациенты с ПР избегают некоторых ситуаций из-за страха, что у них случится приступ паники, при котором они не смогут позвать на помощь и опозорятся перед другими людьми. Речь идет об избегающем поведении, которое может перейти в агорафобию. Интервенцией могут быть какая-либо экспозиция, воздействие ситуаций и мест, которых пациент избегает. После бихевиорального анализа необходимо с пациентом установить иерархию ситуаций, которые его больше всего беспокоят, а также, обозначить цели, которых он хотел бы достичь в ходе лечения. Затем надо искусственно создавать пациенту эти ситуации, начиная с самой простой. Изначально терапевт может сопровождать пациента при выполнении его задач, однако, через некоторое время, он должен выполнять их самостоятельно и вести дневник, куда записывать время воздействия степень тревоги

до и после воздействия и мысли, которые ему помешали или помогли. Эти мысли мы обсуждаем с пациентом во время сеанса и помогаем искать рациональные ответы на негативные мысли, а также подкрепляем позитивное самоинструктирование. Необходимая длительность лечения различна, например, большинство пациентов могут делать покупки и пользоваться транспортом в течение 4—6 недель. Перед началом реального воздействия с некоторыми пациентами следует провести экспозицию в представлении (воображении).

Решение проблем

См. главу, посвященную стратегиям.

5) Проблемы при лечении ПР

В начале лечения пациент часто не признает того факта, что его проблемы имеют психологическое происхождение, что нет необходимости в соматическом обследовании, а также обращаться к другим врачам. При хороших терапевтических отношениях повторное обучение и неоднократные эксперименты с физическими симптомами, как правило, приводят к изменению точки зрения пациента. Другой проблемой является страх пациента к экспозиционной терапии, что иногда приводит к рационализации: «Сначала избавьте меня от тревоги, а потом я пройду экспозиционную терапию». При чрезмерном страхе, в частности, интероцептивной экспозиции необходимо искать менее сложные методы, которые устроят пациента.

Одним из частых осложнений при лечении ятрогенным способом является зависимость от бензодиазепинов. Если мы хотим, чтобы КБТ имела долгосрочный эффект, надо отменить прием бензодиазепинов. Однако после прекращения приема пациент будет испытывать абстинентные симптомы, которые имитируют ухудшение тревожного расстройства. Прогресс лечения замедлиться. Мы должны терпеливо объяснять пациентам разницу между симптомами абстиненции и самой тревогой.

Во время экспозиционной терапии пациент поддается дисфорическим настроениям, у него развивается депрессия. Парадоксально, но это чаще всего бывает у пациентов, которые с КБТ принимают антидепрессанты СИОЗС. Дело в том, что воздействие препарата при одновременной экспозиционной терапии неизвестно. Ситуацию в этом случае осложняет, то что пациент деморализован, несчастен и откладывает экспозиционную терапию. Он чувствует, что лечение не имеет смысла, хотя налицо заметный прогресс. Опыт показывает, что этот период обычно спадает в течение 2—3 недель. Мы должны ободрять и поддерживать пациента.

8.2.1.5. КБТ и психофармакотерапия панического расстройства

Многие эксперты считают, что оптимальное лечение должно состоять из комбинации препаратов с разной формой лечения (Alexander, 1991; Fahy и др., 1992; Marriott и др., 1989). Медицинские препараты и КБТ очень эффективны сами по себе, но их комбинация на эффективность лечения до настоящего времени не подтверждена. Комбинация КБТ с алпразоламом или диазепамом не эффективней одной КБТ (Hafner и Marks, 1976; Wardle и др., 1994). При добавлении бензодиазепинов ухудшается эффективность экспозиционной терапии (Echeburua и др., 1993; Marks и др., 1993). Добавление имипрамина в дозировке 150—300 мг

улучшает терапевтические результаты в краткосрочной перспективе (Barlow и др., 2000; Taylor, 2000), но в катамнезе разницы между КБТ и комбинированным лечением не было выявлено. Сочетание КБТ и СИОЗС (флувоксамина или пароксетина) в одном исследовании не показало лучших результатов, чем при самостоятельной КБТ (Sharp и др., 1996), однако в двух других исследованиях оно оказалось более эффективным (de Beurs и др., 1995; Oehrber и др., 1995).

Похоже, что комбинированное лечение подходит при наличии тяжелых симптомов, сопутствующего заболевания с депрессией, другого тревожного расстройства.

8.2.1.6. Казуистика

История Питера

Питер — 34-летний предприниматель. Его направил участковый врач, которому на протяжении 2 лет жаловался на боли в сердце. Прохождение ЭКГ, однако, исключило болезнь сердца. Первому визиту в психиатрическую клинику предшествовали неприятные переживания. В первый раз это случилось за рулем автомобиля. Последний приступ он описал следующим образом: «Когда я остановился в пробке на шоссе, у меня вдруг начало учащенно биться сердце, я не мог отдышаться, я попытался открыть окно и сделать вдох. Я весь вспотел. У меня было чувство, что я сейчас умру и никто не сможет мне помочь. Мне было страшно. Я проехал на автобусную остановку и хотел вызвать «скорую помощь». Однако я понял, что «скорая» застрянет в пробке. Это была отчаянная ситуация. Примерно через 20 мин приступ прекратился. Я очень устал, и у меня было такое ощущение, что не смогу доехать до дома. Так как я испытал это много раз и проходил обследования, я был уверен в том, что следующие медицинские обследования, вероятно, ничего не изменят. Это заставило меня обратиться к вам. Наверное, действительно есть психологическая причина. Но у меня ничего плохого в жизни не происходило, я всегда решал стрессовые ситуации. Тогда почему у меня так происходит? Действительно ли это не связано с сердцем?»

Питер больше года не пользуется транспортными средствами, кроме своей машины. Он каждый раз избегает пробок, но в Праге это не всегда возможно. Дома часто измеряет пульс и давление. Не особенно доверяет врачам, так как видел случаи из своего окружения, когда врачи упускали болезнь. Изначально приступы происходили редко, но в последнее время участились до 2—3 раз в неделю. Они происходят не только в машине. Много раз подобный приступ случался ночью. Он внезапно просыпался, сердце сильно билось, он не мог дышать.

История. *Питер старший сын в семье. Его отец был государственным служащим, мать — учительницей. Отец был строгим, а мать беспокойной. Мать с детства очень волновалась о нем, особенно когда он болел. В школе Питер был общительным, но у него не было друга. Он очень хорошо учился, все его считали ботаником. Питер занимался спортом, и в клубе имел много товарищей. Когда Питеру исполнилось 17 лет, его отец внезапно умер от инфаркта миокарда. Ему было всего 48 лет Проблем со здоровьем у отца не было.*

В подростковом возрасте Питер должен был опекать беспокойную мать, младшую сестру и брата. Ему не хватало отца, но вместе с тем ему стало легче: отец в последнее время много критиковал его. Иногда он обвинял себя в этом, но с появлением новых забот об этом забыл. Он учился и одновременно подрабатывать, чтобы помочь матери.

После окончания экономического института, Питер работал на иностранной фирме. На работе у него все получалось. Через пять лет он решил открыть собственную фирму. В бизнесе он был успешен. Он женился в 26 лет, у него родилась дочь. После 5 лет в семейных отношениях произошел кризис. Жена обвиняла его в том, что он не занимается семьей, постоянно работает или путешествует. Она не хотела понимать, что у него такая работа. Между ними происходили ссоры, оба чувствовали себя недооцененными, исчезла сексуальная жизнь. В конечном счете они развелись после 6 лет брака. У Питера в то время была другая женщина. Он испытывал небольшое чувство вины перед бывшей женой и дочерью за новые отношения, но это чувство Питер сумел подавить в себе. Через 6 мес. после развода он снова женился, потому что новая жена забеременела. Беременность протекала очень тяжело. Новая жена испытывала ревность к бывшей жене и дочери. Однажды Питера укусил клещ. Он заболел боррелиозом. После лечения антибиотиками казалось, что все пришло в норму. Через 2 недели после окончания приема антибиотиков, когда он полностью вернулся к работе, у него случилась крупная ссора с женой. Еще до этого конфликта он чувствовал сильную усталость от работы и был чрезмерно раздражительным. После ссоры, он не смог заснуть, был в растерянности. Упреки жены он считал несправедливыми, а свой гнев неподобающим. Потом он заснул очень крепко. Внезапно он проснулся ночью, его сердце очень сильно билось, он почувствовал покалывание в пальцах и не мог дышать. Он очень испугался, что у него инфаркт и он умрет. Он вызвал «скорую помощь». Его доставили в кардиологическое отделение, а утром его обследовали, но не нашли никаких признаков сердечного приступа. Питер немного успокоился, однако меньше чем через неделю снова испытал ночное сердцебиение, затрудненность дыхания и покалывание в руках и на губах. Врачи повторно его обследовали с помощью ЭКГ и ЭКГ по Холтеру, и снова с отрицательным результатом. Следующий приступ произошел в магазине. Он оставил тележку с покупками в магазине и побежал на воздух. За покупками не вернулся. С тех пор он избегал больших торговых центров, боялся одиночества. Он перестал играть в сквош, который раньше любил, так как посчитал этот вид спорта слишком большой нагрузкой для сердца. Он начал несколько раз в день измерять давление и пульс. Закончились ссоры с женой. Он боялся, что если он разозлится, у него случится сердечный приступ, как у его отца. Приступы происходили, как правило, в ситуациях, из которых он не мог сразу выбраться. Неоднократные приступы происходили в машине, поэтому он всегда просил кого-нибудь поехать с ним. В присутствии другого человека приступ никогда не случался. Больше всего он боялся дорожных пробок, поэтому ездил только очень рано утром или поздно вечером.

Когнитивно-бихевиоральная формулировка этой истории

Предрасполагающие факторы

Питера воспитывали слишком критичный отец, которого он боялся, и беспокойная мать, которая очень тяжело переживала, когда Питер болел. Вместе с матерью он беспокоился о своем здоровье. В подростковом возрасте принял на себя заботу о семье. Внезапная смерть отца подкрепила в нем детские опасения по поводу своего здоровья.

Контекстные антецеденты, повышающие чувствительность к стрессу

Трудности начались, когда он испытал сложную семейную ситуацию, испытывал чувство вины от внебрачной связи, заново женился. Конфликты появились и в новом браке. Другим фактором стало ослабление организма при боррелёзе и лечении антибиотиками.

Преципитирующие (провоцирующие) факторы

Первый приступ произошел после конфликта с новой женой, когда он вернулся на работу после болезни и был завален делами. Он испытывал сильный стресс.

Порочный круг панических атак

Возбудители: находиться дома или машине в одиночестве, торговые центры, дорожные пробки.

Когниция: опасения по поводу сердечного приступа, удушья, внезапной смерти, мысли о побеге.

Эмоции: тревога и страх, превратившийся в панику, гнев на себя.

Физические реакции: сердцебиение, учащенное дыхание, покалывание в пальцах, тремор, потливость, напряжение мышц, тошнота.

Поведение: избегание ситуаций, когда есть угроза остаться в одиночестве и невозможности побега (торговые центры, дорожные пробки), ожидание защиты от других, контроль давления и пульса, большое количество соматических обследований.

Последствия

Немедленные — освобождение от негативных эмоций.

Долгосрочные — сокращение активности, ограничение приятной деятельности, снижение самооценки.

Поддерживающие факторы

Проблемы не могут отступить до тех пор, пока Питер чрезмерно заботится о своем здоровье и не верит в то, что это может быть психическое расстройство, потому что имеет склонность к избеганию, необходимой защите от других людей. Он не понимает, что речь идет о симптомах паники, которые не опасны, а просто неприятны.

Началом лечения стало психообразование о ПР и его симптомах. Психотерапевт обсудил его историю болезни и объяснил возможные психологические последствия панических атак. Далее терапевт объяснил ему, как происходят реакция борьба или побег и на ее основе физические симптомы. Питер впервые услышал логическое объяснение его трудностей и с облегчением принял эту точку зрения. Вместе с терапевтом Питер нарисовал порочный круг симптомов. Затем терапевт сосредоточился на поддерживающих факторах. Он разъяснил Питеру, как избегающее и защитное поведение и дисфункциональные убеждения совместно с катастрофическими мыслями поддерживают ПР. НА первом сеансе Питеру было описано, каким способом они будут совместно работать над изменениями, что они будут обсуждать на сеансе, а что самостоятельно практиковать в домашних условиях. Основа лечения будет состоять в изменении катастрофических мыслей на более конструктивные, в обучении успокаивающему дыханию и преодолению ситуаций, которых Питер избегает или от которых защищается. В качестве домашнего задания Питер получил брошюру о ПР и его лечении, а также задание расширить описание симптомов в порочном круге тревоги, обозначенном на сеансе. Другим заданием было создать список катастрофических мыслей во время приступа.

На следующем сеансе терапевт снова обсудил модель создания и поддержания панических атак. Питер принес на сеанс схему порочного круга и список катастрофических мыслей. При чтении брошюры Питер понял, что его трудности общеизвестны, что существуют способы, с помощью которых с ними можно справиться. При обсуждении автоматических мыслей удалось выявить мысли о катастрофе: «Что если я умру? Никто мне не поможет! В конечном счете, у меня случится сердечный приступ, как у моего отца», и мысли о побеге: «Быстро отсюда! Мне необходимо попасть в больницу!» Несмотря на то что этих приступов было много, он не умер. Они опять появляются и вызывают в нем большой испуг. Психиатр дал альтернативное объяснение его симптомов. Питер, однако, опасался, что в момент приступа, он не будет в состоянии вспомнить это объяснение.

Терапевт предложил Питеру, чтобы он попробовал выяснить, насколько учащенное дыхание влияет на симптомы, которые возникают во время приступа, а затем научиться устранять их. Питер неохотно согласился. После 2 мин гипервентиляции Питер подал знак врачу, что чувствуют неприятные симптомы. Терапевт помог ему устранить симптомы с помощью успокаивающего дыхания и продолжил прогрессивную релаксацию Оста. Во время гипервентиляции Питер не ощутил сильного сердцебиения, но появилось неспособность перевести дух, покалывание в пальцах и чувство, что голова взорвется, т. е. те признаки, которые Питер обычно испытывал при панической атаке. Питер на мгновение испытал страх сердечного приступа, однако он не был столь интенсивным, как раньше. С помощью успокаивающего дыхания Питеру удалось значительно уменьшить симптомы. В течение последующей релаксации исчезли и их признаки. После этой процедуры Питер почувствовал себя очень хорошо — «как будто очищенный». В качестве домашнего задания надо было был дать альтернативное объяснение физических симптомов, а также тренировать дыхание.

На следующих 3 сеансах Питер продолжал вызывать контролируемые приступы. Для этих целей он использовал как гипервентиляцию, так и быстрые приседания с подпрыгиванием, чтобы вызвать учащенное сердцебиение. Питер нашел несколько альтернативных некатастрофических объяснений своим физическим симптомам.

Автоматическая мысль	**Рациональный ответ**
«Это ненормальное сердцебиение! Что, если это инфаркт?»	Это физические признаки стресса.
«Мой отец был совершенно здоров, а умер от внезапного инфаркта»	Отец не обследовался. Наверное, он не был здоров, хотя не жаловался и никуда не ходил. У него был повышенный уровень холестерина, он курил и не занимался спортом. У меня нормальный уровень холестерина, большую часть своей жизни я занимался спортом и не курю
«А что, если у меня из-за этой тревоги случится инфаркт?»	Это маловероятно, но если я буду себя пугать, будет еще хуже

Тем не менее во время приступов дома Питер не умел применить альтернативные объяснения и в течение короткого времени испытывал страх, хотя

уже не вызывал скорую помощь и с помощью контролируемого дыхания он мог самостоятельно себя успокоить. Он согласился с терапевтом, что не будет измерять часто давление.

На 4 сеансе Питер использовал экспозицию в естественных условиях. Терапевт объяснил ему принцип экспозиционной терапии и нарисовал габитационную кривую. Терапевт пошел с Питером в клуб, где они совместно позанимались. Несмотря на то что Питер боялся, что не выдержит и 10 мин занятий на велотренажере, он крутил педали целый час. Первоначальная тревога быстро исчезла. Один раз он почувствовал себя плохо, но после краткого снижения темпа смог справиться с этим состоянием. В конце занятий он чувствовал себя прекрасно. Затем они вместе пошли на автобус, которым Питер не пользовался на протяжении 2 лет. Они проехали 5 остановок. Терапевт предложил Питеру проехать еще 5 остановок самостоятельно. Терапевт поехал следом за ним. На 3 остановке Питер вышел и ждал терапевта, так как из-за приступа ему пришлось выйти. Терапевт заново уговорил его проехать вместе 2 остановки, а следующие 2 Питеру проехать одному. С этим он справился уже без проблем.

Во время следующих сеансов Питер увеличивал количество остановок. Через 14 дней он уже был в состоянии ездить на автобусе от начальной до конечной остановки на протяжении целого часа и начал пользоваться метро. В спортзал Питер ходил 2 раза в неделю. На следующей неделе он сосредоточился на поездке в метро и на торговых центрах. В течение следующих 2 недель он с терапевтом занимался решением проблем в браке. Питер понял, как мало поддерживает жену и как сильно пытается доказать ей, насколько он способен. Создавалось впечатление, что он постоянно пытается получить от нее поддержку, которую в детстве получал от родителей, особенно от отца. Он решил, что эти мысли необходимо выбросить из головы, что свое внимание лучше направить на поддержку жены. Терапевт попросил Питера написать прощальное письмо отцу, где выразить все эмоции, которые он к нему испытывал, — гнев, сожаление, грусть, необходимость в признании, любовь. Когда Питер на сеансе читал письмо, он расплакался. Наконец, Питер в форме ролевой игры попрощался с отцом. На 8-й неделе у Питера не осталось симптомов, он свободно ездил по Праге, панические атаки отпустили его. Лечение было прекращено при условии встретиться на поддерживающих сеансах через один, 3 и 6 мес. Его приступы паники не вернулись. Он был спокоен. Семейная ситуация значительно улучшилась.

Заключение

ПР проявляется внезапными приступами тревоги, с сильным вегетативным сопровождением и катастрофическим объяснением физических ощущений. Основное лечение — КБТ или прием антидепрессантов (преимущественно СИОЗС). Главным методом КБТ является изменение катастрофического объяснения приступов паники. Пациент получает информацию о ПР и его лечении, обучается когнитивной реструктуризации своих тревожных мыслей, проходит повторное интероцептивное воздействие. В качестве вспомогательных методов для ослабления симптомов служат контролируемое дыхание и релаксация. Шаг за шагом

устраняется избегающее и защитное поведение. Последним шагом в лечении является решение жизненных проблем пациента и когнитивная реструктуризация основных малоадаптивных убеждений (когнитивных схем).

Литература

Alexander P.E. Management of panic disorders. J. Psychoactive Drugs, 1991, č. 23.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: Author, 1980.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Am. J. Psychiatry, 1998, č. 155 (supplement), 5.

Asmundson G.J.G., Taylor S. Anxiety disorders. Panic disorder with and without agoraphobia// Tasman A., Kay J., Lieberman J. A. (eds.) Psychiatry, 2nd Edition, Chichester: Wiley, 2003.

Ballenger J.C., Lydiard R.B., Turner S.M. Panic disorder and agoraphobia// Gabbard G.O., Atkinson S.D. (eds.) Synopsis of treatments of psychiatric dis order. Second edition. Washington: American Psychiatric Press, 1996.

Ballenger J.C. Panic disorder and agoraphobia// Gelder M.G., Lopez-Ibor J.J., Andreasen N. (eds.) New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2000.

Barlow D.H. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. NY: Guilford Press, 1988.

Barlow D.H. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status. Journal of Clinical Psychiatry, 1997, č. 58 (Suppl 2).

Barrlow D.H., Brown T.A. Psychological treatments for panic disorder and panic disorder with agoraphobia// Mavissakalian M.R., Prien R.F. (eds.) Longterm treatments of anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1996.

Barlow D.H., Cerny J.A. Psychological treatment of panic. NY: Guilford Press, 1990.

Barlow H.D., Rapee R.M., Brown T.A. Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy, 1997, č. 23.

Barrlow D.H., Shear K., Woods S. a Gorman J. A multicenter trial comparing cognitive behavior therapy, imipramine, their combination and placebo. Presented at the Annual Convention of the Anxiety Disorders Association of America. Boston, 1998.

Barlow D.H., Gorman J.M., Shear M.K. et al. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. JAMA, 2000, č. 283.

Beck A.T., Laude R., Bohnert M. Ideation components of anxiety neurosis. Arch. Gen. Psychiatry, 1974, č. 31.

Beck A.T., Sokol L., Clark D.A. et al. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. Am. J. Psychiatry, 1992, č. 149.

Black D.W., Wesner R., Bowers W. et al. A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 1993, č. 52.

Charney D.S., Woods S.W., Krystal J.H. et al. Noradrenergic Neuronal Dysregulation in Panic Disorder: The Effects of Intravenous Yohimbine and Clonidine in Panic Disorder Patients. Acta Psychiatr. Scand., 1992, č. 86.

Clark D.M. A cognitive model of panic attacks//Rachman S., Maser J.D. (ed.) Panic: psychological perspective. New Jersey: Elbaum, 1988.

Clark D.M. Anxiety states: Panic and generalized anxiety//Hawton K., Sakovskis P.M., Krik J., Clark D. M. (eds.) Cognitive behavioral therapy for psychiatric probléme: A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 1989.

Clark F.M., Proudfit H.K. The Prejection of Locus Coeruleus Neurons to the Spinal Cord in the Rat Determined by Anterograde Tracing Combined with Immunocytochemistry. Brain Res., 1991, č. 538.

Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A. et al. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. Br. J. Psychiatry, 1994, č. 164.

Crasle M.G., Miller P.P., Rotunda R., Barlow D.H. A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoided. Beh. Res. Ther., 1990, č. 28.

Craske M.G., Brown T.A., Barlow D.H. Behavioral treatment of panic: a two-year follow up. Behavioral Therapy, 1991, č. 22.
Craske M.G., Maidenberg E., Bystricky A. Brief cognitive-behavioral versus non-directive therapy for panic disorder. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1995, č. 26.
Côté G., Gauthier J., Laberge B. The impact of medication use on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for panic disorder. Presented at the 26th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Boston: November 1992.
De Beurs E., Van Balkom A.J., Lange A. et al. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo and psychological panicmanagement combined with exposure in vivo alone. American Journal of Psychiatry, 1995, č. 152.
Eaton M.W., Kessler R.C., Wittchen H.U., Magee W.J. Panic and panic dis order in the United States. American Journal of Psychiatry, 1994, č. 151.
Echeburúa E., De Corral P., Bajos E.G. et al. Interactions between self exposure and alprazolam in the treatment of agoraphobia without current panic: An exploratory study. Behav. Cogn. Psychother., 1993, č. 21.
Fahy T.J., O'Rourke D., Brophy J. et al. The Galway study of panic disorder, I: clomipramine and lofepramine in DSM-III-R panic disorder: a placebo controlledtiral. J. Affect. Disord., 1992, č. 25.
Faravelli C., Webb T., Ambonetti A. et al. Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. Am. J. Psychiatry, 1985, č. 142.
Faravelli C., Pallanti S. Recent life events and panic disorder. Am. J. Psychiatry, 1986, č. 146.
Goisman R.M., Warshaw M. G., Peterson L.G. et al. Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia: data from a multicenter anxiety disorder study. J. Nerv. Ment. Dis., 1994, č. 182.
Gorman J., Shear K., Cowley D. et al. Practice Guideline for the treatment of patients with panic disorderAmerican Psychiatric Association: Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium, 2002.
Gould R.A., Otto M.W., Pollack M.H. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. Clinical Psychology Review, 1995, č. 15.
Hafner R. J., Marks I.M. Exposure in vivo of agoraphobics: Contributions of diazepam, group exposure and anxiety evocation. Psychol. Med., 1976, č. 6.
Houbová P., Praško J., Novák T. et al. Ovlivňuje komorbidní porucha osobnosti účinnost léčby u panické poruchy? Česká a slovenská psychiatrie, 2004, in press.
Johnson J., Weisman M.M., Klerman G. I. Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. Archives of General Psychiatry, 1990, č. 47.
Kasper S. Pharmakotherapie der Panikstörung//Kasper, S. (Hrsg.) Depression und Angst. Wien: Universimed Verlag, 1998.
Kessler R.C., McGonagle K.A. Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch. Gen. Psychiatry, 1994, č. 51.
Kessler R.C., Stein M.B., Berglund P. Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. Am. J. Psychiatry, 1998, č. 155.
Klein D.F. Delineation of two drug responsive anxiety syndromes. Psychopharmacology, 1964, č. 5.
Klein D.F. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis. Arch. Gen. Psychiatry, 1993, č. 50.
Klein D.F., Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. American Journal of Psychiatry, 1962, č. 119.
Klein D.F., Rabkin J.G. Anxiety: New Research and Changing Concepts. NY: Raven Press, 1981.
Klosko J.S., Barlow D.H., Tassinari R. A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. J. Consult. Clin. Psychol., 1990, č. 58.
Lecrubier Y., Ustün T.B. Panic and depression: a worldwide primary care perspective. Presented at the 6th WBCP Satellite Symposium. Nice: June 1997.
Leon E., Ades J. The terapeutical strategies in the treatment of chronic anxiety disorders. Confront. Psychiatr., 1995, č. 36.
Manassis K., Bradley S., Goldberg S. et al. Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1994, č. 33.

Margraf J., Schneider S. Outcome and active ingredients of congnitive-behavioral treatments for panic disorder. Presented at the 25th annual meeting of the Associat ion for Advancement of Behavior Therapy. NY: November 1991.
Marriott P., Judd F., Jefferys D. et al. Panic and phobic disorders: Part I: Problems associated with drug therapy. Curr. Ther., 1989.
Marks I. M. Fears and phobias. London: Heineman, 1969.
Marks I.M., Swinson R.P., Basoglu M. et al. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. Br. J. Psychiatry, 1993, č. 162.
Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu). Praha: Psychiatrické centrum, 1996, Zprávy č. 134.
Milrod B. a Shear M.K. Dynamic treatment of panic disorder: a review. J. Nerv. Ment. Dis., 1991, č. 179.
Milrod B., Busch F., Leon A.C. et al. Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: A pilot study. Am. J. Psychiatry, 2000, č. 157.
Možný P., Praško J. Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe. Praha: Triton, 1999.
Newman C.F., Beck J.S., Beck A.T. Efficacy of cognitive therapy in reducing panic attacks and medication. Presented at the 24th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. San Francisco: November, 1990.
Norton G.R., Dorward J., Cox B. J. Factors associated with panic attacks in non-clinical subjects. Behavior. Therapy, 1986, č. 17.
Noyes R., Barloon T. J. Charles Darwin and panic disorder. J. American Mdical Association, 1997, č. 277.
Oehrberg S., Christiansen P.E., Behnke K. et al. Paroxetine in the treatment of panic disorder: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. British Journal of Psychiatry, 1995, č 167.
Öst L.G., Westling B.E., Hellestrom K. Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. Behav. Res. Ther., 1993, č. 31.
Pašková B., Praško J., Horácek J. et al. Identifikace souvislosti vychytávání 18FDG PET s mírou symptomatologie u panické poruchy// Úzkostné poruchy. Praha: Portál, 2005.
Praško J., Kosová J. Kognitivně behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Praha: Triton, 1998.
RoyByrne P.P., Cowley D.S. Course and outcome in panic disorder. A review of recent follow-up studies. Anxiety, 1995, č. 1.
Salkovskis P.M. Somatic problems//Hawton K. et al. (eds.) Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
Sharpe M. et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. British Med. J., 1996, č. 312.
Shear M.K., Weiner K. Psychotherapy for panic disorder. J. Clin. Psychiatry, 1997, č. 58 (suppl. 2).
Shear M.K. Panic disorder with and without agoraphobia//Tasman A., Kay J., Lieberman J. A. (eds.) Psychiatry. Saunders, 1997.
Soukupová N., Praško J. Biologické aspekty panické poruchy. Psychiatrie, 2001, č. 5.
Švestka J. et al. Akutní psychiatrie. Brno: Masarykova Univerzita, 1993.
Taylor S. Understanding and treating panic disorder: cognitive-behavioral approaches. NY: Wiley, 2000.
Telch M.J., Lucas J.A., Schmidt N.B. et al. Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. Beh. Res. Ther., 1993, č. 31.
Wardle J., Hayward P., Higgitt A. et al. Effects of concurrent diazepam treatment on the outcome of exposure therapy in agoraphobia. Behav. Res. Ther., 1994, č. 32.
Wiborg I.M., Dahl A.A. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? Arch. Gen. Psychiatry 1996, č. 53.
Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J. et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. Arch. Gen. Psychiatr., 1997, č. 54.
Weissman M.M, Klerman G.L., Markowitz J.S. et al. Suicidal ideation and suicid e attempts in panic disorder and attacks. New England J. Medicine, 1989, č. 321.

8.2.2. Генерализованное тревожное расстройство

Ян Прашко, Рихард Залесски, Беата Пашкова, Яна Выскочилова, Хана Прашкова

8.2.2.1. Основная информация о генерализованном тревожном расстройстве

Тревога и страх являются адаптивной функцией для организма. Проблема начинается тогда, когда беспокойство или страх проявляется слишком часто, слишком долго длятся, их интенсивность в связи с ситуацией, которая их вызвала, слишком высока или когда она появляется в несоответствующих ситуациях. В этих случаях они, как правило, негативно влияют на жизнь человека. Тревога может или быть свободно плавающей — без ограничений на особые обстоятельства, или проявляться в приступах. ГТР проявляется чрезмерной тревогой и физическими симптомами, такими как беспокойство, мышечное напряжение, усталость, раздражительность, трудности с концентрацией внимания и бессонница. В качестве основы генерализованной тревоги считаются не безопасные отношения в детстве, амбивалентные чувства к объектам привязанности, чрезмерно оберегающая позиция родителей или отсутствие эмоциональной теплоты, которые позже могут развиться. Похоже, что поддерживать ГТР могут три механизма: во-первых, тревога может помочь избежать интенсивных негативных аффектов; во-вторых, беспокойство о маловероятных вещах и будущих угрозах может стать подменой реальных и непосредственных конфликтов, ограничить способы их решения. Наконец, люди, страдающие ГТР, в некоторой степени подвергаются магическому мышлению и верят в то, что их трудности помогают им подготовиться к опасным ситуациям и предотвратить их негативные последствия, что усиливает беспокойство. Симптоматика включает ранние когнитивные схемы, вытекающие из негативного опыта о мире как об опасном месте или из не безопасных, тревожных связей с воспитателями. На основании обзора исследований представляется, что в лечении ГТР КТБ более эффективна, чем недирективные или поддерживающие подходы. При КБТ терапевт совместно с пациентом изучает тревожный взгляд на события, оценивает адекватность этого взгляда с помощью логики и исследования доказательств и создает альтернативные объяснения и позиции, которые пациент может использовать после того, как его заново охватывает чувство тревоги и беспокойства, которое приводит к увеличению страха. Пациент должен вести запись своих опасений и тревог, ожидания того, что может произойти, чтобы он впоследствии мог проверить эти предсказания. В связи с хронически повышенным мышечным напряжением и отсутствием парасимпатического тонуса, большинство бихевиоральных интервенций для ГТР практикуют обучение мышечной релаксации и ее варианты.

1) Клинические проявления ГТР

Типичным проявлением ГТР является общая постоянная тревога, размышление о трудностях и наличие стрессовых мыслей которое не ограничивается опре-

деленными ситуациями, объектами или конкретными обстоятельствами, а касается ежедневной деятельности либо неопределенных физических симптомов. При ГТР, в отличие от фобии, нет систематического избегающего поведения. Основой АНМ может быть обеспокоенность пациента о близких людях. Она приводит к чрезмерному чувству тревоги, раздражительности, усталости и неприятным физическим ощущениям. Ожидание тревоги, страх будущего несчастья приводят к нарушению сна, концентрации внимания. Из физических симптомов преобладает напряжение, дрожь, головокружение, тошнота, головная боль, чувство стеснения в груди и горле, сердцебиение, повышенная потливость, расстройство желудка с диареей. Люди, страдающие ГТР, неспособны расслабиться, полноценно отдохнуть. Эти проблемы часто усугубляются в одиночестве — в отпуске, в выходные дни, потому что сосредоточенности на тревожных мыслях не мешают внешние раздражители.

Существует несколько источников беспокойства и различных страхов.

1. *Здоровье.* Человек может начать беспокоиться, когда узнает о серьезной болезни других людей, потому что перекладывает эту возможность на себя или близких людей.
2. *Друзья / семья.* Это озабоченность по поводу того, является ли человек хорошим родителем или другом, сделал ли он для них все, что от него зависит, обеспокоенность здоровьем и благополучием семьи, друзей, их безопасностью.
3. *Работа / учеба.* Это беспокойство, удалось ли сделать все, что было на этот день или неделю запланировано, было это выполнено на ожидаемом уровне или что-то было пропущено, не произошла ли ошибка.
4. *Финансы.* Люди беспокоятся о том, будут ли они в состоянии оплатить все счета, хватит ли у них денег на будущее.
5. *Ежедневные обязанности.* Это случается, когда человек боится того, что в любой момент может произойти что-то плохое. Он может беспокоиться об обычных делах — не опоздает ли на встречу, будет ли хорошо выглядеть, справится ли с ежедневными обязанностям.

Чувства постоянной тревоги при ГТР — это «свободно плавающая тревога» или «хроническое беспокойство» (Wells и Butler, 1997). ГТР определено как центральное тревожное расстройство (Rapee, 1991) в том смысле, что оно представляет относительно чистую форму основных когнитивных процессов, которые формируют склонность к тревожной реактивности, — повторяющиеся тревожные мысли, ожидание самого худшего, игнорирование своих собственных способностей справляться с трудностями, переоценка риска и т.д.

Характеристики расстройства: общая и постоянная свободно плавающая тревога, преувеличенные страхи и опасения, психическое напряжение, нервозность и раздражительность, физические симптомы мышечного напряжения и гиперактивности автономной нервной системы (могут доминировать), беспокойное поведение, долгосрочный процесс.

2) Диагностика ГТР

Основой для диагностики является чрезмерный и постоянный страх, который больной не в состоянии контролировать. Как правило, он сопровождаются физическими (например, мышечным напряжением) и вегетативными симптомами

тревоги. Они могут длиться как минимум 6 мес. и не быть вызваны ни физическим заболеванием, ни другим психическим расстройством.

Диагностические критерии МКБ-10 для ГТР (1996)

Значительное напряжение, страх перед ежедневными проблемами.
Б. Присутствуют по крайней мере 4 из следующих симптомов и хотя бы один симптом вегетативного возбуждения.
Симптомы вегетативного возбуждения:
1) учащенное сердцебиение,
2) потливость,
3) дрожь или тремор,
4) сухость во рту;
Симптомы, связанные с грудной клеткой или брюшной полостью:
5) затруднение дыхания,
6) чувство удушья,
7) боль или дискомфорт в грудной клетке,
8) тошнота или абдоминальный дискомфорт (неприятные ощущения в брюшной полости);
Симптомы, связанные с психическим состоянием
9) головокружение, возбуждение, обморок,
10) чувство, что объекты не являются реальными (дереализация)или что индивид находится где-то вне действительности (деперсонализация),
11) страх потери контроля, страх сойти с ума, потерять сознание,
12) страх смерти;
Общие симптомы:
13) приливы тепла или холода,
14) чувство онемения или покалывания;
Симптомы напряжения:
15) напряженность, боли в мышцах,
16) беспокойство и невозможность расслабиться,
17) раздражение, невыносимое напряжение или психическое перенапряжение,
18) ком в горле или проблемы с глотанием;
Неспецифические симптомы:
19) чрезмерная реакция на небольшие непредвиденные ситуации,
20) трудности с концентрацией внимания, или «пустота в голове» по причине страха или беспокойства,
21) постоянное раздражение,
22) трудности с засыпанием из-за страха.
В. Расстройство не отвечает критериям панического, фобического и тревожного расстройства, обсессивно-компульсивного или ипохондрического расстройства.
Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Тревожное расстройство не вызвано соматическим расстройством (таким как гипертиреоз) органическим или психоактивными веществами (такими как чрезмерное употребление амфетаминов) или абстинентным синдромом отмены бензодиазепинов.
Примечание. Дети и подростки испытывают меньше трудностей, через которые проявляется генерализованная тревога, чем взрослые люди, а симптомы вегетативного возбуждения у них менее выражены.

3) Эпидемиология ГТР

Годовой показатель распространенности колеблется в пределах 3—8 %, пожизненный — 5—15 %, соотношение между мужчинами и женщинами составляет 1:2 (Blazer и др., 1991; Kessler и др., 1994; Weissmanová и соавт., 1997). Это 5-е по распространенности психическое расстройство. Начало этого заболевания приходится на 25-летний рубеж жизни, но может произойти в любое время. Чаще всего этому расстройству подвержены у люди, которые состояли в супружеских отношениях, — разведенные, вдовы, люди, имеющие отношения на расстоянии

друг от друга (Surtees и соавт., 1983), частая распространенность отмечена среди безработных и домохозяек. В психиатрической клинике оно появляется гораздо реже, потому что ГТР, как правило, не диагностируется при первичной медицинской помощи. Многие больные убеждены в том, что их тревожность — это черта их характера. К тому же преобладают физические симптомы. Исследования распространенности психопатологии в первичной медицинской помощи показали, что ГТР — это наиболее распространенное тревожное расстройство (Barrett и др., 1988), в то время как в психиатрической помощи нуждается только 10 % пациентов с присутствием тревоги (Barlow, 1988).

Некоторые пациенты изначально не указывают беспокойство в качестве основной проблемы, а сосредоточены на соматических симптомах. По этой причине своих потенциальных пациентов мы встречаем у кардиологов, неврологов, отоларингологов, других соматических врачей. Вполне вероятно, что большинство пациентов с ГТР наблюдаются у врача общей практики. Лишь немногие направляются на психиатрическое лечение. Из 216 пациентов с болью в груди без прохождения коронографического исследования 50 % страдали ГТР и 20 % ПР (Kane и др., 1988). Другим атипичным проявлением является синдром раздраженной толстой кишки и синдром гипервентиляции. К сожалению, психиатры часто пропускают ГТР или недооценивают: лечение проходят лишь 30 % пациентов, которые нуждаются в нем.

Некоторые случаи генерализованной тревоги замечены после угрожающего травматического события или длительного стрессового периода, но в основном ее начало медленное. Первые симптомы могут появиться в 16—18 лет в связи со стрессовыми событиями, которые могут угрожать ближайшему будущему (так называемые опасные события).

Сочетание тревоги и депрессии часто связано с какой-либо жизненной потерей (Finlay-Jones и Brown, 1981). Это хроническое заболевание без лечения может с переменной интенсивностью длиться всю жизнь. Сопутствующие заболевания с тревожными и депрессивными расстройствами весьма обширны и наблюдаются у 75 % больных.

4) Этиопатогенетические факторы ГТР

Как и при других тревожных расстройствах, ГТР вызывают не только биологические воздействия, но и воспитание, и жизненные события.

Генетическое воздействие

Нойес (1987) установил, что 15—18 % родственников первой степени родства страдают одинаковым расстройством. В недавнем исследовании Скрэ (1993) обнаружил связь между ГТР и расстройствами настроения при исследованиях близнецов. Популяционное исследование 1033 женщин-близнецов подтвердило тенденцию появления ГТР чаще всего в определенных семьях. Влияние генетических факторов в этом случае заметнее, чем семейной среды. Авторы также подтвердили, что уязвимость к глубокой депрессии зависит от генетических факторов.

Нейротрансмиттерные системы

Биологическая теория рассматривает дисфункцию ГАМК — бензодиазепиновых рецепторов в головном мозге, дисрегуляцию серотонинергической, норадренэрги-

ческой, глутаматной и холецистокининовой систем. Эффективность бензодиазепинов и азаспиродеканедионов (например, буспирона) привела к биологическим исследованиям ГАМКергической и серотонинергической нейротрансмиттерной систем. Бензодиазепины, действующие в качестве агонистов бензодиазепиновых рецепторов, уменьшают беспокойство, в то время как флумазенил (антагонист бензодиазепиновых рецепторов) и бета-карболины (инверсивные агонисты бензодиазепиновых рецепторов) вызывают тревогу. Хотя до сих пор нет прямых доказательств о нарушении бензодиазепиновых рецепторов в головном мозге пациентов с ГТР, интенсивные исследования в этом направлении продолжаются (Roy-Byrne и др., 1991). Области, не привлекающие особого внимания при этом заболевании, являются окципитальная доля (где находится самая высокая концентрация бензодиазепиновых рецепторов в целом, базальных ганглиев, лимбической системы) и фронтальная кора. Что касается периферических органов и тканей, снижение взаимосвязи для бензодиазепиновых рецепторов было обнаружено на тромбоцитах и лимфоцитах у пациентов с ГТР (Rocca и др., 1991). Учитывая то, что буспирон является агонистом рецептора 5-HT1A, другие гипотезы предполагают нарушение регуляции серотонинергической системы при ГТР. Интенсивно исследуются и другие нейротрансмиттерные системы при взаимосвязи с ГТР. Это касается норадреналиновой, глутаматной и холецистокининовой нейротрансмиттерной систем.

Психосоциальные модели

В качестве психосоциальной основы ГТР считаются амбивалентность воспитателей, чрезмерно оберегающая позиция со стороны родителей или отсутствие их эмоциональной теплоты. Все эти факторы в зрелом возрасте приводят к развитию тревоги. Психосоциальные модели ГТР основаны на многолетних клинических знаниях, что нарушенные семейные отношения, как правило, имеют большое значение для развития тревожных расстройств. Боулби (1977) предполагает, что один из родителей или другой близкий человек обеспечивают ребенку безопасность, в этом случае тревога будет результатом реакции на происходящее вокруг или на возможное отделение от защищающего человека. Он характеризовал нарушенные отношения между родителем и ребенком как «прерванные, искаженные». Прерывание — это смерть одного из родителей или его уход. Однако более частым и значительным является искажение отношений, когда один из родителей не реагирует на потребности ребенка, отказывается от него или, наоборот, требует от него удовлетворения своих эмоциональных потребностей. На этой модели основаны актуальные исследования, о заботе, контроле и чрезмерной защитной позиции в сфере воспитания. Высокий уровень тревоги в зрелом возрасте может быть связан как с недостаточной заботой, так и с чрезмерно оберегающей позицией родителей (Parker, 1986, Silove и др., 1991). Ранний негативный опыт очень важен. Браун и Харрис (1993) выявили связь между детскими переживаниями и тревожным расстройством во взрослом возрасте. Незаинтересованность со стороны родителей, физическое и сексуальное насилие ребенка связаны с существенно более высокой частотой ГТР и депрессией (но не агорафобией или специфической фобией) в зрелом возрасте.

Влияние жизненных событий

Пациенты, страдающие ГТР, имеют в анамнезе раннюю смерть одного из родителей намного чаще, чем пациенты с ПР (Torgensen, 1986). В зрелом возрасте пациенты, страдающие ГТР, значительно чаще подвержены травматическим событиям (Roemer и соавт., 1996; Brown и соавт., 1996). В отличие от депрессивного расстройства, речь идет о событиях, связанных не с потерей, а скорее с чувством угрозы и опасности в будущем.

Психоаналитическая точка зрения

В «токсической теории тревоги» Фрейд предположил, что абнормальное количество подавленной сексуальной энергии (либидо) может проявляться как тревожность (в соотв. с Josephs, 1994). Он описал невыраженные сексуальные волнения, такие как сексуальная травма в детстве, нездоровая сексуальная практика (например, прерванный половой акт) и подавление (сексуальное желание не допускается в сознание). Позже Фрейд оставил токсическую модель и разработал сигнальную теорию тревоги как часть структурной модели психики. Она предполагает 3 взаимодействующие психические инстанции: Эго, связывающее другие инстанции с реальностью, Суперэго — интернализированные родительские и социальные послания и Ид, представляющий примитивное желание. Фрейд считал, что тревога служит сигналом при угрожающих бессознательных принуждениях, поступающих из идентификатора (Ид), которые при проникании в сознание были бы наказаны Суперэго либо внешним миром. Согласно этой модели Эго мобилизует защитный механизм — подавление, который не позволит этим принуждениям Ид поступить в сознание, и позволяет избежать ситуаций, в которых это принуждение может появиться. Этот механизм у людей с тревогой работает не идеально, поэтому больной испытывает постоянное флуктуирующее беспокойство. Таким образом, Эго должно использовать другие защитные механизмы — конверсию, перенос, которые неприемлемое принуждение превратят в символические симптомы, например физические (Thoma и Kachele, 1993). Салливан создал модель тревоги, основанную на межличностных отношениях. Тревогу он воспринимал как межличностную коммуникацию, которая дает другому человеку понять, что при определенных отношениях он не чувствует себя в безопасности. Другой подход к пониманию тревожности создали Хорни и Кляйн, которые, как и Боулби, считали, что тревога отражает страх потерять близкого человека.

5) Дифференциальная диагностика и коморбидность ГТР

В первую очередь необходимо исключить соматические заболевания, которые могут вызывать или поддерживать беспокойство, тиреотоксикоз, хроническую легочную недостаточность, анемию, феохромоцитома, гипогликемия, гиповитаминоз. Соматическое заболевание не исключает ГТР. После лечения соматического заболевания иногда сохраняется генерализованная тревога.

Иногда бывает трудно отличить ГТР от панического расстройства, социальной фобии и обсессивно-компульсивного расстройства. При наличии этих расстройств тревога, как правило, не распространяется на опасение и беспокойство по поводу жизни, как это бывает при ГТР, а касается специфических симптомов или ситуаций. Иногда трудно отличить ГТР от дистимии. Речь идет о хроническом процессе, который начинается примерно с одного возраста. Основное отли-

чие заключается в симптомах. При ГТР преобладает тревога, которая проявляется в психологическом функционировании, мыслях и вегетативных реакциях, при дистимии доминирует печаль, усталость и самоунижение.

Хроническая тревога появляется при нервной анорексии, булимии, соматоформных и ипохондрических расстройствах. Здесь субъективные причины тревоги и беспокойства определены типичным способом и протекают монотонно и стереотипно, при ГТР, они, перескакивают от одной причины на другую.

Иногда симптомы ГТР (физическое напряжение, тревожное ожидание, раздражительность и пугливость) могут напоминать посттравматическое стрессовое расстройство, однако при ГТР отсутствует избегающее поведение.

Хроническая тревога может появиться при аффективном и психотическом расстройстве. В некоторые периоды могут отсутствовать другие симптомы, помимо тревоги.

Очень часто наблюдается хроническое беспокойство у людей, зависимых от наркотических веществ (стимуляторов, таких как амфетамины, кофеин) или страдающих от абстинентного синдрома (прекращение приема алкоголя, бензодиазепинов, опиоидов, а также никотина). Пациенты, страдающие от сенильной и пресенильной деменции, иногда приходят к врачу с жалобой на беспокойство. Провести дифференциальный диагноз помогают расстройства памяти и однообразие воображения у взрослых пациентов.

6) Развитие ГТР

Расстройство может возникнуть в любом возрасте (Blazer и др., 1991). Средний возраст клинических проявлений составляет 39 лет (Wittchen и соавт., 1994). Симптомы чаще всего появляются и развиваются медленно, но могут спонтанно возникать трудности, связанные со стрессовыми жизненными событиями (так называемые опасные события). Это хроническое заболевание без должного лечения может с колеблющейся интенсивностью длиться всю жизнь (Schweizer, 1995). Только 30 % больных получает адекватное лечение. К лечению больные с ГТР, как правило, приступают после депрессии. Большинство больных страдают от симптомов в течение многих лет, примерно половина из них имеют проблемы на работе и личной жизни (Yorkers и др., 1996). Поэтому речь идет о расстройстве с хроническим колеблющимся развитием.

Широко распространенным мифом является утверждение, что пациенты, страдающие ГТР, в отличие от других расстройств, имеют в своей жизни меньше трудностей. Тем не менее исследования показывают обратное. NCS исследование (Wittchen и соавт., 1994) показало, что 28 % пациентов, которым поставлен диагноз ГТР, и 51 % с наличием сопутствующих заболеваний имеют симптомы, значительно ухудшающие их способность работать и социально функционировать. Чуть больше половины пациентов с ГТР полностью трудоустроены, и почти треть каким-либо способом социально поддерживаются обществом. Пациентов с ГТР относят к группе повышенного риска по поводу алкогольной зависимости или зависимости от анксиолитиков

8.2.2.2. Генерализованное тревожное расстройство с точки зрения КБТ

Отдельно обсудим бихевиоральные, когнитивные и когнитивно-бихевиоральные модели ГТР. Причина для этого скорее историческая, поскольку эти модели возникали постепенно.

1) Бихевиоральные факторы ГТР

В соответствии с когнитивной моделью больные, с ГТР имеют недостатки в навыках. Поэтому для них решение банальных задач приводит к стрессовой реакции и тревоге. Они, как правило, имеют тенденцию решать проблемы методом проб и ошибок, что приводит как к быстрому обессиливанию, а относительно низкой успешности решений — к катастрофическому восприятию повседневных забот. Даже небольшие проблемы заставляют их беспокоиться. Пациенты, страдающие ГТР, боятся проблем потому, что решение для них, как правило, является чрезмерным.

Проблема заключается также в неспособности рационально планировать свое время, различить существенное от несущественного, важное от менее важного. Невыполнение даже незначительной задачи они воспринимают как неудачу. Это приводит к нарушению дневных ритмов их деятельности, к чрезмерному утомлению. Проблемой больных является отсутствие социальных навыков (например, способность сказать нет, выносить критику) (Andrews и др., 1994).

2) Когнитивные факторы ГТР

В соответствии с когнитивной моделью актуальная патологическая тревога возникает в результате нарушенного способа обработки информации (Beck и Emery, 1985). Человек чувствует сильную тревогу из-за негативного взгляда на мир и на самого себя (дисфункциональных предположений). Он интерпретирует текущие ситуации как угрожающие. Дисфункциональные предположения чаще всего связаны с непринятием другими людьми, ответственностью, симптомами тревоги и физическими болезнями. Больные, как правило, переживают повседневные события и симптомы стрессовых реакций в катастрофическом ключе. Постепенно их внимание направляется на все более мелкие ситуации, которые для них могли бы представлять потенциальную угрозу. Бек (1985) считает, что тревога возникает в том случае, когда масштаб или тяжесть предполагаемой угрозы превышает предполагаемую способность этой угрозе противостоять (рис.8.18).

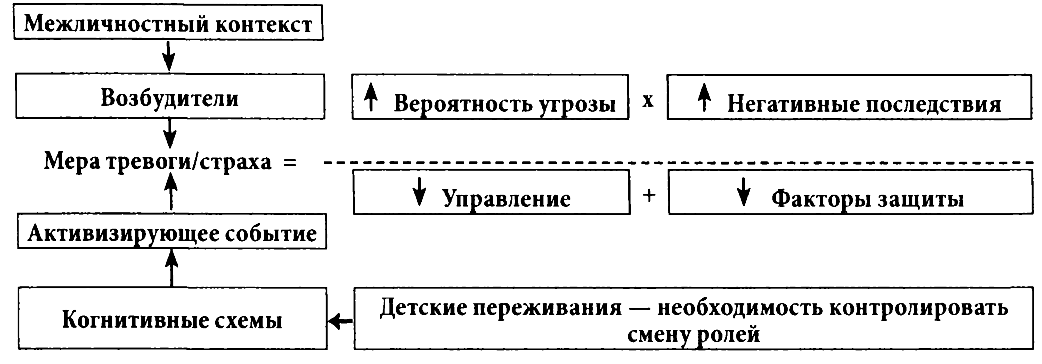


Рис. 8.18. Уровень тревоги и когнитивных переменных

Типичные предположения, которые связаны с принятием другими людьми, включают следующие позиции: «Меня всегда должны любить. Я всегда должен радовать других. Когда меня кто-то критикует, это значит, что он меня отвергает. Я бесполезен, когда меня никто не любит».

Типичные предположения, которые касаются личных навыков: «Я все должен делать идеально. Если допущу ошибку, это будет моей неудачей. В жизни некоторые люди выигрывают, а другие проигрывают. Если что-то не является совершенным, это бесполезно».

Предположения, касающиеся ответственности: «Зависит только от меня, какими будут мои дети. Я несу ответственность за то, чтобы другие в моем присутствии чувствовали себя хорошо».

Предположения относительно контроля: «Если я допущу кого-то близко к себе, он может получить власть надо мной. Я должен всегда себя контролировать. Только я сам могу решить свои проблемы».

Предположения, которые касаются тревоги: «Я всегда должен быть спокойным. Опасно давать понять, что я чувствую беспокойство. Любые неприятные физические ощущения свидетельствуют о серьезном заболевании».

Метакогниции

Последние когнитивные модели ГТР (Borkovec 1994; Wells, 1997; Wells и Butler, 1997) выделяют 2 типа тревоги. Первый относится к внешним событиям или внутренним стимулам организма (физические симптомы). Люди, страдающие ГТР, считают, что если когда они будут обращать внимание на опасность, то смогут ее избежать. Опасения второго типа (мета-тревога) состоят в негативной или позитивной оценке собственных тревожных мыслей. Пример негативной мета-тревоги: «Я от этой тревоги сойду с ума. Если я об этом постоянно буду думать, я призову эту ситуацию». Пример положительной мета-тревоги: «Кто-то должен об этом думать, в противном случае с семьей все пойдет не так». Отрицательная оценка собственной тревоги приводит к тому, что больной пытается ее подавить и, как ни парадоксально, этим еще больше ее усиливает. Этот процесс нарушается положительными метакогнициями. Если пациент не будет беспокоиться, например, о здоровье своих близких или о самом себе, то не заметит угрожающую опасность и что-то ужасное произойдет на самом деле.

Различаются два типа тревоги:

1. Оценка внешних событий и физических симптомов (финансы, здоровье, работа, неудачи).

   («Что, если я не справлюсь с этой задачей? Что, если муж заболеет?»)

2. Оценка когниций как таковых.

   (отрицательные: «Я сойду с ума от этой тревоги!», положительные: «Если я буду из-за чего-нибудь беспокоиться, ничего не испорчу»).

Нормальное беспокойство превращается в тревогу, характерное для ГТР в тот момент, когда появится тревога второго типа.

Уэллс предложил 2 два типа тревоги ГТР:

1) исходит от внешних событий, физических симптомов или самой тревоги и опасения;

2) возникает, когда человек слишком много беспокоится (нездоровым и опасным способом и т.д.). Это обеспокоенность чрезмерной тревогой типа 1, опасение собственной тревоги; другими словами, своих собственных когнитивных процессов.

Когнитивная модель ГТР (с примерами), (Уэллс, 1997)

Уэллс называет их мета-беспокойством Появление тревоги, по мнению Уэллса, происходит от мета-убеждений, находящихся на уровне когнитивных схем), может быть положительным и отрицательным. Приставка «мета» в обоих случаях выражает оценку тревоги и опасений пациента. Например, он может думать,

что хорошо, что он так усердно старается, потому что он будет готов к возможной катастрофе в будущем. С другой стороны, он может воспринимать это как опасность и подумать: «Я от этого сойду с ума. Я буду полностью разбит».

Примеры тревоги, мета-тревоги и мета-убеждения при ГТР

Тревога 1 типа	**Тревога 2 типа (мета-тревога)**	**Положительное мета-убеждение**	**Отрицательное мета-убеждение**
Что, если с Карлом что-то случится	Я не в состоянии остановить эти мысли	Если я буду волноваться, я буду ко всему готова	Если я со своей тревогой не справлюсь, она овладеет мною
Что, если он умрет	Я от этого уже схожу с ума	Если я не будубеспокоиться, что-то упущу	Это ненормально — так обо всем беспокоиться
Что, если ничего не получится	Эти мысли мне вредят, я не могу себе помочь	Буду лучше подготовлена к трудностям, которые могут возникнуть	Если я буду так беспокоиться, то могу сойти с ума

Пациент, страдающий от ГТР, боится не волноваться и одновременно того, что он слишком тревожится. Он пытается предотвратить тревогу тем, что постоянно контролирует, не возникла ли какая-либо опасность, чтобы он мог ее предотвратить. Другой способ, как облегчить эти проблемы, состоит в убеждении, что все в порядке и в поведении, которое должно предотвратить угрожающую опасность (защитное поведение), в преднамеренном отведении внимания от этих проблем (Wells, Butler, 1997). Поэтому и при ГТР существует избегающее поведение, которое, однако, тяжело выявить, потому что оно как бы скрыто («Я не должен об этом думать!») и не относится к конкретным ситуациям или объектам (Borkovec, Poemer, 1995). Такое поведение мешает больному в том, чтобы:

продумать возможные последствия своей тревоги, оценить и сделать на их основании конкретные выводы; убедиться, что даже если он перестанет так сильно беспокоиться, это не приведет к катастрофическим последствиям, которых он опасается.

Поэтому Уэллс (1997) рекомендует убеждать пациентов в том, чтобы они приняли свою тревогу, перестали ее подавлять и заняли по отношению к ней позицию наблюдателя, смягчив ее негативное эмоциональное воздействие. Пациент учится жить с ограничением стратегий безопасности и, как правило, обнаруживает, что ему намного легче существовать в таком мире.

Чрезмерная тревога связана с дополнительными феноменами.

Перфекционизм связан со страхом, что человек совершит какую-либо ошибку, все пойдет не так, как должно быть.

Чрезмерная ответственность связана со страхом, что если пациент не будет беспокоиться, то нежелательная ситуация действительно произойдет. Пациент убежден, что если он обеспокоен чем-либо, он защищает себя от негативных событий.

Чувство неконтролируемости связано со страхом, что в делах можно упустить что-то существенное, если перестать их контролировать. Поэтому контроль приобретает форму собственного беспокойства.

3) Межличностные факторы ГТР

Пациенты с ГТР часто имеют межличностные проблемы, которые связаны с симптоматикой (Brown, Harris, 1993). Иногда трудно определить, межличностные проблемы предшествовали расстройству или возникли только после его возникновения. Как при депрессии, речь идет о проблемах, связанных с изменением жизненной роли (рождение ребенка, отпуск по беременности и родам, новое место работы, болезнь члена семьи, уход детей из семьи), с потерей (разрыв отношений, потеря поддержки после ухода из семьи), с конфликтами (в трудовых отношениях, с родителями или детьми).

4) Модель КБТ ГТР

Учитывается врожденная психологическую уязвимость, которая подкрепляется неадекватным воспитанием в детстве (Barlow 1988; Barlow и Wincze, 1998). Согласно этой модели тревоги познаются через подражание родителям в детстве или являются следствием малоадаптивных убеждений, которые возникли во время полового созревания. В результате негативного опыта в раннем детстве возникают неадекватные когнитивные представления (схемы) о мире как об опасном месте и о себе как о человеке, который не в состоянии справиться с нагрузкой. Эти схемы потом становятся основой для тревожного расстройства. Достаточно преципитирующего события — стресса, который возник в отношениях или собственной деятельности (например, завышенных требований на работе), чтобы произошла активизация страха и беспокойства.

Тревога поддерживается самооценкой и оценкой своего окружения. В соответствии с когнитивной бихевиоральной моделью многие люди страдают от хронической тревоги, потому что исходят из определенных убеждений или предположений, на основе которых интерпретируют ситуации как угрожающие. Эти убеждения, как правило, касаются следующих тем: производительность («Моя работа не идеальна, поэтому она не ценится»), принятие со стороны других людей («Я разозлила Юру, теперь он перестанет со мной разговаривать»), собственная ценность («У меня мало друзей и низкий уровень образования, поэтому я ничего не стою») и контроль («Если у меня не будет все под контролем, что-то может пойти не так, а это опасно»). Эти схемы, однако, остаются латентными до тех пор, пока их не активируют негативные жизненные события. Вместе с активизацией малоадаптивных убеждений происходят усиление стрессовой реакции на жизненные события и активизация нейробиологических тревожных областей в головном мозге (Barlow, 1988). Стремление смягчить стрессовую реакцию приводит к когнитивному избеганию; пациент старается не думать о том, что вызвало стресс. Напряжение снижается и начинает колебаться. Пациент обращает внимание на незначительные жизненные ситуации и воспринимает их как угрозу. Эта озабоченность сохраняется, хотя возбуждающее событие уже давно неактуально. Беспокойство и опасения поддерживает оперантное обусловливание — защита и избегание (Craske и соавт., 1989). В результате пациенты, страдающие ГТР, не умеют решать жизненные проблемы систематически. Решать проблемы методом проб и ошибок очень трудно (Andrews и др., 1994.). Больным трудно расставить приоритеты, поэтому даже простые задачи воспринимаются как серьезная проблема, которую они боятся отодвинуть на потом. Их ежедневно беспокоит страх

выбора, первоочередной задачи для решения, поэтому катастрофические представления часто соответствуют ожиданиям.

Пример порочного круга проблемных эпизодов (Prašková и Praško, 2000)

Как только у пациента начинается расстройство, селективное внимание (фокусировка на симптомах и возможных неудачах или потерях) и изменение в поведении (несистематическое избегающее поведение) способствуют его поддержанию. Больной выделяет ситуации, которые могут быть опасность.

Молодая учительница во время выступления перед группой людей обращает внимание на одного человека, который зевает, и сразу приходит к выводу, что ее скучно слушать.

Молодой человек боится заболеть. Он испытывает страх от любых симптомов, чрезмерно исследует свой организм. Это приводит к тому, что он находит у себя симптомы, которых, в другой ситуации мог бы и не заметить. Как только он это осознает, они становятся для него доказательством существования серьезной болезни.

Избегающее поведение — это характерный вид измененного поведения. В отличие от пациентов с фобиями, люди, страдающие ГТР, систематически не избегают определенных ситуаций. (Butler и др., 1987). Но разовые избегающие действия приводит к подтверждению негативных убеждений (Salkovskis, 1988) (рис. 819).

Талантливый ученый никак не может дописать статью, потому что боится того, что не будет в состоянии написать отличную работу. Начальник его в этом упрекает. Это подкрепляет его веру в то, что он в принципе ничего не может написать.

Девушка, страдающая социальной тревожностью, боится что-либо сказать в группе людей из-за опасений, что она ничего умного изречь не сможет. Она боится опозориться, поэтому ничего не говорит. Это приводит к тому, что люди перестают с ней общаться. Таким образом, подкрепляется ее уверенность в том, что она скучна и неинтересна.

Согласно Борковец и Ремер (1995) страхи и опасения означают «мнимое урегулирование ситуации» (как будто они решают эту ситуацию) и служат основой для избегающего поведения. Страхи и опасения по поводу тривиальных будущих проблем препятствуют решению реальных проблем (Andrews и др., 1994; Barlow, 1988). Например, вместо того, чтобы уверенно выразить свои потребности и определить отношение к сотрудникам, пациент постоянно беспокоится о том, сумеет ли хорошо выполнить вторичные задачи, не разозлится ли на него кто-то. Если страхи и опасения касаются реальной проблемы пациента, то он переживает, однако ничего не делает для ее решения. Вскоре эта проблема переносится в менее важные области. Таким образом, уменьшаются сильные отрицательные эмоции, связанные с реальной проблемой.

С нейрофизиологической точки зрения, пациенты с ГТР демонстрируют низкую реакционную способность на стрессовые раздражители. Хотя они, как правило, имеют высокий вегетативный тонус, на угрозу реагируют уплощенной реакцией. Частота сердечных сокращений, давление, кожное сопротивление, уровень АСТН и кортизола у пациентов с ГТР после стрессового раздражителя показывают лишь небольшое увеличение активности (Cameron и др., 1990; Astrom, 1996).

С эволюционной точки зрения, это состояние соответствует скорее замораживанию, чем реакции «борьба или бегство». По мнению Борковец (1994), нейрофизиологические реакции имеют когнитивное и эмоциональное выражение: пациент избегает сильных эмоциональных реакций. Как ни парадоксально, страхи и опасения служат для подавления сильных вегетативных реакций. Страхи и опасения возвращают больного к возможным угрозам. Повышенное внимание к ним служит для того, чтобы он не был удивлен неожиданной угрожающей ситуацией.

Таким образом, при реальной угрозе больной не реагирует интенсивно (уплощенная реакция), но расплачивается постоянным напряжением. Больной выбирает всю угрожающую информацию из окружающей среды, но и игнорирует безопасную. Эксперименты с кратковременной памятью показали, что тревожные пациенты выбирают гораздо более отрицательные и менее положительные слова, как это делают здоровые люди (MacLeod и др., 1986; Mathews и др., 1989). Эта се-

лекция происходит при наблюдении за выражением лица во время реакции. Тревожные пациенты интерпретируют нейтральное выражение лица как негативное. Этот сдвиг проявляется и в передаче воспоминаний. Из прошлого они лучше помнят события, указывающие на опасность, неудачи, отвержение и критику со стороны других людей. Эту негативную информацию они усиливают, обобщают и переносят на другие ситуации (Mogg и соавт., 1987). Текущие опасения и беспокойство значительно усиливают отбор негативных воспоминаний. При воспоминании происходит искажение, и люди, страдающие ГТР, негативные прошлые эпизоды, помнят как события, которые на самом деле произошли. В результате ретроспективных исследований оказалось, что в детстве эти пациенты играли по отношению к родителям обратную роль: как дети, они должны были ослаблять эмоциональный разлад между родителями (ребенок эмоционально больше заботится о своей матери, чем она о нем) (Rapee, 1997). Отсюда страх за других людей, боязни, что они могут с чем-то не справиться или что сами больные не смогут позаботиться о своих близких. Поэтому им необходимо контролировать все потенциально угрожающие ситуации. Эти данные, однако, должны быть подтверждены исследованиями.

Цель лечения ГТР — научить пациента думать, изменить его ригидные когнитивные процессы, которые заставляют его видеть мир в одной угрожающей плоскости (Borkovec и Whisman, 1996). Пациент должен избавиться от ригидности в мышлении, проявляющейся в эмоциональных, физических реакциях, а также в поведении. Что касается лечебных методов, то они должны предотвратить избегающее поведение, т. е. ограничить страхи и тревогу, научить пациента выдерживать сильные эмоциональные и физические реакции. По этой причине, когнитивным методом должны обрабатываться метакогниции. Основное внимание необходимо уделить решению реальных проблем. Когнитивная работа заключается в способности видеть ситуацию с разных точек зрения и способности предложить возможных вариантов решения (Možný и Praško, 1999).

Кроме этого используются различные художественные методы — работа с метафорами, примеры, мифы, истории, песни, которые позволяют научиться альтернативному взгляду.

Пациент исследует и оспаривает концепцию абсолютного зла. Представления о собственной смерти, ее обстоятельствах и последствиях часто полны детских пугающих фантазий. Если у пациента присутствуют чрезмерные опасения по поводу физической болезни, очень важно это обсудить и пройти экспозицию с катастрофическими представлениями. Страх смерти часто подразумевает изоляцию, одиночество и зависимость. При работе с эмоциями важно помочь пациенту увеличить объем эмоций, справляться с сильными чувствами ролевых играх и при использовании других психодраматических методов (пустой стул, двойник и т.д.), в полной мере испытывать эмоции в реальных ситуациях. Свои проблемы пациент решает активными действиями, а не мыслями о страхе или беспокойстве. Поэтому для пациента полезно записывать свои страхи и беспокойства, научиться фиксировать особенно их начало, которое часто касается важных областей. Необходимо уловить изменение настроения пациента во время разговора («Что произошло прямо сейчас, о чем вы сейчас подумали?»). Не имеет смысла обсуждать

последующие опасения и беспокойства, потому что они приводят к избегающему поведению. Тем не менее, для каждого эпизода необходимо дописать, чем закончилась ситуация. Это приблизит пациента к реальности и к выводу, что опасения и тревога на самом деле были чрезмерными.

Избегающее поведение часто менее очевидно, чем при других расстройствах, но его следует обсудить. Чаще всего откладывание и избегание ассертивного поведения обнаруживается в межличностных ситуациях. (Prašková и Praško, 2000). Поэтому важно подробно их проанализировать, особенно близкие отношения, потому что они, как правило, скрывают самые важные проблемы, даже когда пациент пытается их преуменьшить или исказить.

Как правило, с тревожным пациентом не следует практиковать отвлечение внимания, потому что это вид избегающего поведения (Barlow, 1988). Пациенту часто требуется заверения от терапевта, что с ним ничего плохого не произойдет. Надо принципиально избегать этого, поскольку пациент уклонится от самостоятельного решения проблем и от сильных эмоций. Неуместно назначение транквилизаторов. Релаксация не успокаивает пациента перед пугающей ситуацией, а снижает общее напряжение. Пациенты с ГТР страдают повышенным мышечным напряжением и его последствиями (усталость, головная боль, боль в позвоночнике), в расслабленном состоянии легче получают альтернативное представление о ситуации и более креативны в поиске решения насущных проблем (Borkovec и Costello, 1993). Сама релаксация, однако, может вызвать сильные отрицательные эмоции. Еще более выразительно действие медитации. При лечении может помочь контролируемое воображение, когда пациент представляет пугающие ситуации и постепенно проходит через них. Из-за своей тревоги больной не воспринимает приятные занятия; как и реакция на стресс, их способность испытать положительные эмоции нарушена. Чтобы научиться испытывать приятный опыт, он должен отмечать даже небольшие положительные эмоции, практиковать приятные моменты в различных формах (обоняние, вкус, осязание, слух, физические и эмоциональные реакции). Необходимо поддерживать внимание пациента на позитивные события — спрашивать его о том, что ему удалось, что его порадовало, кому он помог и т.д.

Поддерживающие механизмы ГТР:

1. Страх и беспокойство могут быть использованы в качестве стратегии, чтобы избежать интенсивных негативных аффектов.
2. Беспокойство по поводу малозначащих вещей и будущих угроз может отвлекать внимание от важных реалистичных и непосредственных конфликтов и ограничивать возможности для их решения.
3. Наконец, пациенты в некоторой степени поддаются магическому мышлению и верят, что их беспокойство помогает им подготовиться к угрожающим последствиям, что негативным образом подкрепляет тревожный процесс.

5) Исследование эффективности КБТ при ГТР

КБТ доказала свою краткосрочную эффективность (Blowers и др., 1987; Barlow и др., 1992; Power и др.,1990; обзор Gould и др., 1997) и долгосрочную перспективность (Chambless и Gillis, 1993). КБТ более эффективна, чем недирективная, или поддерживающая, психотерапия (Chambless и Gillis, 1993), самостоятельная би-

хевиоральная терапия (Borkovec и Costello, 1993). При сравнении КБТ и лечения бензодиазепинами оказалось, что препарат быстрее начинает действовать, однако уже через 6 недель между этими методами уже нет разницы (Borkovec и соавт., 1996). Кроме того, КБТ преждевременно прекратили меньше пациентов, достигнутое улучшение, в отличие от бензодиазепинов, поддерживалось долго. По результатам исследования Батлер (1991), самостоятельная когнитивная терапия может быть более эффективной, чем сама бихевиоральная терапия, что, однако, не было подтверждено другими авторами (Ost и Breitholtz, 2000).

Были исследованы 3 подхода (самостоятельная бихевиоральная терапия, когнитивная терапия, КБТ) для контрольной группы, ожидающей лечения. Все подходы были эффективны как при лечении, так и после 2 лет катамнеза. Тем не менее, при комбинированной КБТ было меньше пациентов, которые досрочно прекратили лечение, чем это было в двух других группах активного лечения (Barlow и др., 1992).

На основании проведенных исследований установлено, что КБТ эффективна, как и прием антидепрессантов в краткосрочной форме терапии, а комбинация с фармакологическими препаратами лишь незначительно повышает эффективность. В перспективе годового, двухгодичного и пятилетнего катамнеза, однако, использование КБТ является значительно эффективнее, чем медикаментозное лечение, а самостоятельная КБТ эффективнее, чем комбинация КБТ с фармацевтическими препаратами.

Можно сделать вывод, что КТБ более эффективна, чем недирективные или поддерживающие подходы. В общем плане любая психотерапия ГТР относительно менее эффективна, чем при других тревожных расстройствах, как и в случае фармакотерапии. При использовании старых методов КБТ для лечения ГТР положительным образом реагируют 50 % пациентов, 20 % достигают частичного облегчения, а у 30 % больных состояние не улучшается. Результаты, таким образом, похожи, на СИОЗС или СИОЗСН.

Ladouceur (2000) опубликовал новую версию КБТ, которая фокусируется на одной из главных особенностей ГТР — неспособности терпеть неопределенность. Этот подход оказался значительно эффективнее в 77 % случаев вылеченных пациентов. Данный результат сохранился после 6- и 12-месячного катамнеза. Вайт (1998) опубликовал катамнез пациентов с ГТР после 2- 3- и 8-групповой КБТ и показал долгосрочность эффекта КБТ у таких пациентов. Группа Борковцова (1996) также исследовала эффективность интерперсональной психотерапии; у пациента чередовались часы КБТ с часами ИПТ. При контролируемом исследовании это привело к значительному увеличению эффективности лечения: 80 % полностью выздоровевших пациентов, причем ремиссия поддерживалась даже после годового катамнеза. Эффективность комбинированной КБТ и ИПТ существенно выше, чем при классическом КБТ-лечении.

Психоанализ и групповая психотерапия подходят для лечения ГТР, но в связи с тем, что объективные исследования не были проведены в достаточной степени, до сих пор неизвестно, насколько они эффективны. Существует единственное исследование, в котором сравнивалась эффективность когнитивной терапии с аналитической терапией и бихевиоральным обучением управлению тревогой (Durham и др., 1994).

Авторы разделили 110 пациентов на пять групп:

1) краткосрочная когнитивная терапия (9 сеансов);
2) продленная когнитивная терапия (14 сеансов);
3) краткосрочная аналитическая терапия (8 сеансов);
4) продленная аналитическая терапия (16 сеансов);
5) обучение управлению тревогой (8 сеансов).

У пациентов из 1 и 2 групп наиболее улучшилось состояние (60 % улучшения), затем последовали пациенты из 5 группы (30 %), наименьшее улучшение произошло у пациентов из 3 и 4 групп (20 %). Обе программы КТ, в отличие от других программ, привели к улучшению катамнеза. Между краткосрочной и долгосрочной программами КБТ не было разницы.

Мета-анализ

С 1990 г. было опубликовано несколько обзоров о лечении ГТР (Barlow et al., 1997; Borkovec a Whisman, 1996; Butler a Booth, 1991; Chambless a Gillis, 1993; Durham a Allan, 1993) методами КБТ для устранения страха и беспокойства и для снижения тревожности. Методы КБТ, в отличие от недирективных поддерживающих психотерапевтических подходов, эффективны для ГТР (Huppert и Sanderson, 2003). В мета-аналитическом обзоре литературы Chambless и Gillis (1993) проверили 9 исследований. Терапевтический протокол состоял из когнитивных подходов и обучения релаксации. 7 исследований показало, что КБТ более эффективна, чем плацебо. Durham и Allan (1993) проанализировали 11 исследований и обнаружили, что в HAMA улучшение составило 50 %, в STAI — 25 %. Эти результаты сохранились и в катамнезе. Они пришли к выводу, что полностью восстановленных пациентов после КБТ было 50 %. Эти изменения значительно выше, чем после лечения с плацебо. Практический обзор и мета-анализ результатов исследования опубликовали в 1996 г. Borkovec и Whisman. КБТ, когнитивная терапия и бихевиоральная терапия более эффективны, чем плацебо. 4 из 6 исследований не нашли разницы между КБТ и бихевиоральной терапией на момент завершения лечения, но 3 из них показали высокую эффективность КБТ в катамнезе. Общий эффект КБТ был довольно высок (от 0,94 до 3,63), а также у бихевиоральной терапии (от 0,69 до 2,76). Huppert и Sanderson (2003) сосредоточились на новейших исследованиях, которые использовали диагностические критерии DSM-III-R или DSM-IV и независимого эксперта, который смог оценить эффект. Ранние исследования, не имевшие настолько строгий диагностический выбор, или были открытыми, из мета-анализа исключили. В 4 из 6 исследованиях КБТ проявилось улучшение в процессе катамнеза (6 мес.), в то время как в 2 исследованиях улучшения не наблюдалось. Когнитивные подходы, в отличие от бихевиоральных, оказались в 4 из 6 исследований более эффективными.

8.2.2.3. Лечение генерализованного тревожного расстройства

Для лечение легких форм расстройства можно использовать психотерапевтический или фармацевтический подход (достаточно одного). С точки зрения долгосрочной перспективы более подходящей является психотерапия. Пациент, однако, может от нее отказаться, систематическая психотерапия может быть недоступной (в городе, где он живет, нет обученного психотерапевта) или неподходящей (например, при интеллектуальной недостаточности).

При ГТР средней или тяжелой формы эффективна комбинация подходов, но указанное ограничение распространяется и на этот случай.

Основным терапевтическим выбором является психотерапия, особенно КБТ и фармакотерапия. Целевая специфическая терапия, как правило, проводится лишь в пределах медицинских центров. Из фармакотерапии в настоящее время предпочитаются антидепрессанты (СИОЗС, СИОЗСН) или буспирон. Лечение с помощью бензодиазепинов (алпразолам, клоназепам) сходит на нет (Monnier и соавт., 2003) (табл. 8.14).

Таблица 8.14. Фармакологическое лечение

СИОЗС	Пароксетин	Препарат первого выбора. Эффективность доказана на основании крупных контролируемых исследований. Хорошо переносится. Прием один раз в день. Рекомендуемая дозировка подходит для большинства пациентов и составляет 20 мг / день
	Остальные СИОЗС	Не были экстенсивно протестированы в исследованиях, но в соответствии с клиническим опытом имеют аналогичную эффективность
СИОЗСН	Венлафаксин XR	Препарат первого выбора. Эффективность доказана на основании крупных контролируемых исследований. Хорошо переносится. Прием один раз в день. Рекомендуемая дозировка подходит для большинства пациентов и составляет 75 мг / день
Небензодиазепиновый анксиолитик	Буспирон	Доказанная эффективность. Хорошо переносится. По сравнению с BZD, более медленное начало действия и более низкий эффект у больных, которые принимали BZD
Бензодиазепины	Хлордиазепоксид	Эффективность хорошо известна. Они широко применяются. Эффект различных препаратов примерно аналогичен; Действия наступает сравнительно быстро. Пациент должен наблюдаться из-за риска увеличения дозы, развития зависимости и абстинентных признаков. Они более эффективны при соматических, чем когнитивных симптомах ГТР
	Диазепам	
	Алпразолам	
	Клоназепам	
	Клоразепам	
Трициклические антидепрессанты	Имипрамин	Эффективность выявлена на основании нескольких небольших исследований. Больше побочных эффектов, чем при других СИОЗС, СИОЗСН, бензодиазепинов или новых антидепрессантов. Более позднее наступление эффекта, чем при приеме бензодиазепинов. Более эффективны для когнитивных, чем физических симптомов ГТР
	Амитриптилин	
	Кломипрамин	
	Тразодон	
Другие препараты	Нефазодон	
	Миртазапин	Одно открытое исследование с коморбидным депрессивным расстройством
	Клонидин	Тенденция терять изначальную реакцию
	Пропланолол	Дополнительный препарат для пациентов с сильным сердцебиением или тремором

8.2.2.4. КБТ подход при генерализованном тревожном расстройстве

КБТ структурирована так же, как при депрессии или других тревожных расстройствах. Более значительной является работа с метакогницией, релаксацией и решением проблем.

1) КБТ осмотр пациента с ГТР

В дополнение к обычному анамнезу и истории жизни спрашиваем:

1. об опасениях и беспокойствах и других ситуациях, которые у пациента вызывают тревогу или страх;
2. как происходят опасения и беспокойство, что больше всего волнует, какие физические реакции появляются, как он при этом себя ведет, как реагирует на других людей;
3. чего он из-за страхов и опасений избегает и как защищается от тревоги, научился ли каким-либо способами, чтобы себе помогать;
4. что именно модифицирует опасение, тревогу или беспокойство (деятельность, лекарства, менструальный цикл, наличие других людей);
5. в чем именно опасения, тревога и беспокойство ограничивают его в жизни (в рабочем плане, в семейной жизни, в свободное время).

Важно получить подробное описание страхов и опасений (мыслей и представлений) и физических реакций, которые связаны с тревогой. Необходимо определить обстоятельства развития ГТР, особенно межличностные отношения.

Мы начинаем КБТ с подробного анализа проблемы. Попросим пациента описать последнее событие, при котором он почувствовал опасения и страх. «Когда вы в последний раз испытывали беспокойство? С чем было связанно ваше беспокойство?» Далее мы будем обсуждать: *контрольную стратегию* (что пациент делает, чтобы избежать чрезмерных страхов), *избегающее поведение* (что пациент предпочитает не делать, чтобы быть постоянно во внимании), *модуляторы беспокойства* (какие события повышают количество опасений, а, какие снижают их актуальность).

«Почему у вас не получилось остановить поток тревожных мыслей? Что вы сделали для того, чтобы они не вернулись? Как вам это могло бы помочь? О чем вы думали, когда не смогли это остановить?»

Диагностический метод и осмотр:

1. Для постановки диагноза, как правило, достаточно рутинной психиатрической экспертизы, установления типичных страхов и опасений и их тем (семья, финансы, работа, здоровье), эмоциональных, когнитивных и вегетативных реакций, защитного и избегающего поведения.
2. Для точного описания и определения количества проблем целесообразно использовать опросники (SCL-90, опросник страхов, избегающего поведения, шкала тревоги Шихана, Гамильтона и Бека, анкета жизненных событий).
3. Для оценки личности подходит MMPI или CPI.
4. Для исключения соматических причин необходимо обследование и лабораторные тесты, включая ЭКГ и ЭЭГ.

5. Для дифференциальной диагностики целесообразно провести неврологическое обследование (СТ головного мозга при подозрении на органическое поражение).

2) Оценка и измерение ГТР

Диагностическая информация может быть расширена короткими самооценивающими анкетами, которые проясняют картину выраженности симптомов. Шкала тревоги Бека (BAI, Beck и Steer, 1993) оценивает общий уровень тревожности и ориентировочно может показать изменения в процессе лечения. Другие самооценивающие анкеты и оценочные шкалы используются в фармакологических исследованиях не подходят для постановки диагноза (Stein, 2004).
Пример оценки состояния пациентки, страдающей ГТР.

32-летняя замужняя мать двоих детей дошкольного возраста. Наиболее значительные опасения и беспокойства появились перед сдачей выпускных экзаменов, однако беспокойной она была с самого детства. После декретного отпуска 7 лет назад она устроилась на работу под начальством очень строгой дамы. У пациентки развивалось опасение и беспокойство, которые занимают большую часть дня. Она не в состоянии расслабиться, имеет ежедневные проблемы с засыпанием, у нее часто болит голова, сильное сердцебиение, парестезия, давление в брюшной полости. Дома происходят конфликты, мужа раздражает ее беспокойство и конфликтность.

1. Топография тревоги

Направленность внимания. Возможные проблемы в будущем, связанные со здоровьем членов семьи, финансовым положением, воспитанием детей, рабочей производительностью, принятием со стороны сотрудников, со своими собственными симптомами тревоги (парестезия, сердцебиение, головные боли, тяжесть в желудке).

Частота. Каждый день волнами, когда появляется любая небольшая проблема, почти всегда вечером перед сном.

Продолжительность. Эпизод беспокойства может длиться несколько минут (нормальный) или и несколько часов.

Восприятие. Акцент на физические симптомы, свои недостатки и недостатки своих близких, успех других людей, поиск потенциальной угрозы.

2. Антецеденты

Ситуация. Любые нерегулярные ситуации, например новые задачи на работе, социальные ситуации, где грозит отказ или отвержение, личные проблемы со здоровьем, здоровье членов семьи, телевизионные передачи о здоровье, бедствия в мире, чтение криминальных статей.

Внутренние когнитивные. Тревога при представлении подобной ситуации или воспоминании о ней.

3. Когнитивная обработка

Преждевременная катастрофизация ситуаций. Цепи проблем, «Что произойдет, если ...», ожидание худшего.

Склонность к когнитивному избеганию (если тревога уже сильно выражена).

Самоуничижение. Пониженная самооценка при решении ситуаций.

Мета-когниция. «Это хорошо, когда я беспокоюсь, тогда я буду подготовлена к худшему!» против «Хватит беспокоиться, потому что я от всего этого могу сойти с ума!»

4. Бихевиоральные реакции

Склонность к чрезмерной работоспособности, чтобы отвлечь внимание от опасений и беспокойства и для подготовки к лучшему противостоянию.

Хаотичное несистематическое решение проблем и конфликтов в семье и на работе.

Отвлечение внимания от угрожающих ситуаций «перебежками» между мероприятиями.

Невозможность расслабиться из-за озабоченности по поводу опасений.

Постоянная подготовка к проблемам.

Чрезмерные извинения, уверения других людей, катастрофизация перед другими, чтобы они «не были удивлены моей возможной неудачей».

Избегание ситуаций, где существует риск потерпеть неудачу, получить отказ.

Обеспечение. Предварительная подготовка к задачам, уничижение себя, чтобы другие люди не ожидали лучшего результата, приготовление здоровой пищи, требование от детей придерживаться необходимой гигиены, носить теплую одежду, чтобы не заболеть. Ссоры с мужем примерно 2 раза в неделю, ссоры начинаются с упреков жены, что он не обращает внимание на различные угрожающие факторы. Он злится. Жена высказывает ему весь список его проступков за 9 лет их семейных отношений. Ссора заканчивается тем, что они не разговаривают 1–2 дня. Затем она отказывается спать с мужем, что становится еще одним источником конфликта.

5. Последствия

Интраперсональные. Презрение к себе как к тревожному существу, гнев на себя, пониженная самооценка.

Интерперсональные. Конфликты с мужем, который «не хочет правильно питаться» или слушать о катастрофах. На работе ее избегают, потому что «она постоянно говорит о бедствиях, и все от этого уже устали». Минимальное количество друзей.

Работа. Много работает, принимая на себя чрезмерную ответственность. Из-за неспособности расставить приоритеты часто не успевает сделать работу в срок, откладывает более трудные задачи, которые у нее накапливаются. Иногда из-за беспокойства устраивает хаос. Твердое убеждение, что другие ее не принимают, обижают и не ценят.

Свободное время. Его практически нет. В отпуске ей плохо. Своей озабоченностью и критикой мучает всю семью.

6. Модифицированные факторы

Бывает хуже, когда приходит в гости ее мать, во время сдачи отчетов на работе, перед получением детьми аттестатов, когда кто-либо заболеет, даже если это только банальный случай, всегда перед началом менструации, когда муж находится в командировках, а она одна остается с детьми.

Бывает лучше, когда муж находится дома и занимается семьей.

7. Существующее лечение

Длительное время принимала алпразолам и дулоксетин (на данный момент 75 мг в день). Изначально они помогали, на данный момент принимает более высокую дозу алпразолама (3 мг в день), но опасения, беспокойство и симптомы тревоги являются ограничительными, стали хуже, чем когда-либо прежде. Она посещала групповую психотерапию. Во время посещения группы и около 3 мес. после она почувствовала облегчение, но после периода сильной рабочей нагрузки все вернулось.

3) Проблемы и цели, план лечения при ГТР

Цель КБТ — научить пациента правильно думать, в перспективе — изменить его ригидные когнитивные процессы. Он должен избавиться от ригидности в эмоциональных, физических реакциях и в поведении. Терапия, как правило, адаптируется к потребностям пациента. Факторы, которые в этом случае принимаются во внимание, включают тяжесть ГТР, степень нарушения жизни в семье, на работе и в обществе, предыдущее лечение, готовность к сотрудничеству и сопутствующие заболевания. Основной целью лечения должно быть уменьшение беспокойства в повседневных жизненных ситуациях настолько, чтобы пациента оно ни в чем не ограничивало. Другая важная задача — предотвращение рецидива расстройства.

Общие цели лечения:
1. создать терапевтические отношения;
2. обучить пациента (и его родственников) основным понятиям, в том числе информировать об эффективности и побочных эффектах препаратов;
3. установить разумные цели;
4. облегчить симптомы тревоги;
5. устранить избегающее поведение;
6. в случае возникновения жизненных проблем найти их систематическое решение;
7. реабилитация;
8. поддержание достигнутого прогресса и профилактика рецидива.

Другие цели касаются решения жизненных проблем, семейных отношений или других важных связей, адаптации к меняющимся жизненным ролям, профессиональным отношениям или малоадаптивного образа жизни.

4) Терапевтические интервенции при ГТР

Лечебные стратегии должны предотвращать избегающее поведение, т.е. сокращать страхи и опасения, учить пациента хорошо переносить сильные эмоциональные и физические реакции. КБТ ГТР использует несколько бихевиоральных и когнитивных техник (Praško и Kosová, 1998). Отдельные шаги терапии осуществляются последовательно.

Когнитивно-бихевиоральная терапия ГТР:

а) образование о ГТР, о реакции на стресс, порочном круге тревоги и ее лечении;

б) когнитивная реструктуризация;

в) бихевиоральные эксперименты;

г) тестирование метакогниций;
д) релаксация и работа с воображением;
е) планирование деятельности;
ж) работа с эмоциями;
з) воздействие на тревогу;
и) воздействие на катастрофический сценарий;
к) изучение новых моделей поведения и навыков (особенно коммуникация, управление стрессом);
л) решение проблем;
м) окончание лечения и профилактика рецидива.

а) Образование

Пример порочного круга тревоги

Возбудитель
Я сижу в саду со знакомыми. Наши дети играют рядом. Я молчу, наверное, уже 30 минут

Мысли
«Я выгляжу глупо. Они подумают, что я плохо воспитала Петю (сына). Лишь бы они от меня ничего не хотели (говорить, делиться мнениями)»

Эмоции
Тревога, грусть, гнев на себя

Поведение
Кричу на сына. Не могу сосредоточиться на разговоре. Постоянно слежу за сыном. Молчу. Сижу скорченная, чтобы быть менее заметной

Физические реакции
Напряженность по всему телу, потение рук, ком в горле, учащенное сердцебиение

Последствия
Тревога в других социальных ситуациях, пониженная самооценка, ссоры с мужем и свекровью, гнев на сына

Мы рассказываем пациенту о том, что такое тревога (реакция на стресс «нападение или побег»), а затем, указывая на его собственные симптомы, объясняем связь между мыслями, эмоциями, поведением и вегетативными реакциями. Мы подходим к порочному кругу ожидания и проявления тревоги. Важно отметить, что испытываемая тревога не означает безумие. Часто пациенты, страдающие ГТР, любые тревожные мысли рассматривают как нечто патологическое, неприемлемое и даже вредное. С помощью примеров из жизни это убеждение может быть поставлено под сомнение. Далее следует подчеркнуть, что физические

(вегетативные) реакции, связанные со стрессом, ни в коем случае неопасны для здоровья. От КБТ модели беспокойства мы переходим к образованию лечения. Объясняем необходимость постепенного изменения тревоги на конструктивное мышление и его влияние на порочный круг. Можно использовать брошюры (например, Praško, 2003).

б) Когнитивная реструктуризация

Терапевт с пациентом работают над идентификацией тревожного восприятия событий. Они оценивают адекватность этого взгляда с помощью логики и доказательств, создают альтернативные представления, которые можно использовать, когда пациент почувствует тревогу, беспокойство или когнитивные интерпретации, которые провоцируют угрозу. Изменение АНМ, представлений, метакогниций (мысли о мыслях) и позиций приводит к ослаблению тревоги. Требуется выполнить следующее:

1. объединить эмоциональную реакцию с АНМ;
2. определить АНМ, метакогниции и дисфункциональные убеждения;
3. проверять их достоверность, прагматизм и последствия, их влияние на поведение;
4. найти адаптивные мысли и убеждения.

Соединение АНМ с реакцией

Версия А приводит к тревоге		
Ситуация	**Мысль**	**Последствия**
Сын, находясь в гостях, прыгает на диване	Все думают, что я плохая мать	Гнев на себя, грусть, не сосредоточенность на разговоре, крик на сына
Версия Б — приводит к спокойствию		
Ситуация	**Мысль**	**Последствия**
Сын, находясь в гостях, прыгает на диване	Никто ничего не говорит. Их дочь тоже так делает. Вероятно, они не против. Наоборот, они рады, что дети чем-то заняты и мы можем спокойно поговорить	Я сосредоточена на разговоре, не чувствую беспокойства. Я расслабилась и веду беседу

Типичные вопросы, подходящие для тестирования АНМ у пациентов с ГТР:

1. На чем основаны ваши мысли? Можно ли эту ситуацию оценить по-другому? Существует ли другое объяснение?
2. Что в такой ситуации подумал бы кто-то другой?
3. Основываются ли ваши суждения на вашем самочувствии или опыте?
4. Не ставите ли вы себе нереальные и недостижимые цели?
5. Не пропускаете ли вы важные факты? Не преувеличиваете ли вы незначительные факты?
6. Вы мыслите в терминах «все или ничего»?
7. Не принимаете ли вы на себя слишком большую ответственность за конечный результат? Не переоцениваете ли вы свою способность влиять на ход событий?
8. А что, если произойдет ...? Что при этом случится страшного?
9. Как будет выглядеть ситуация через несколько месяцев / лет?

10. Не меняете ли вы вероятность, с которой произойдет определенное событие?
11. Не преуменьшаете ли свою способность управлять проблемной ситуацией?

Терапевт: *Вы сказали, что иногда думаете о том, что можете умереть. Какое это оказало бы влияние на вашу семью?*
Пациент: *Я сильно беспокоюсь. Я не хочу, чтобы мои дети пережили то, что я испытала, когда умер мой отец. Кто о них позаботится? Они еще совсем маленькие.*
Терапевт: *Что будет с вашими детьми, если вы умрете?*
Пациент *(плачет): Очень трудно говорить об этом. Я полагаю, что они будут одинокими, не будут знать, что делать....*
Терапевт: *Если вы представите себе эту ситуацию... Сколько времени дети будут так страдать?*
Пациент: *Ну, я об этом никогда не думала ... я их постоянно вижу в таком состоянии...*
Терапевт: *Т. е. вы думаете, что они постоянно находились бы в таком состоянии... и уже никогда не вышли бы из него?*
Пациент: *Да.*
Терапевт: *Такие мысли действительно приводят к напряжению и стрессу. Давайте посмотрим на них с близкого расстояния. Рассмотрим вариант, что вы слишком переоцениваете риск. У вас есть основания полагать, что вы в ближайшее время должны умереть?*
Пациент: *Только то, что мой отец умер внезапно.*
Терапевт: *Что было причиной его смерти?*
Пациент: *У него были проблемы с сердцем, о которых мы не знали.*
Терапевт: *У Вас есть основания полагать, что у вас подобная проблема?*
Пациент: *Нет... Если честно, то месяц назад я прошла обследование. Все результаты оказались в норме.*
Терапевт: *Итак, мы имеем хорошее состояние вашего здоровья, а также статистические данные о том, что женщина внезапно умирает в 32 года. Какая вероятность того, что вы внезапно умрете? На сколько процентов вы уверены, что Вам это действительно угрожает?*
Пациент: *Наверно, около 10 %.*
Терапевт: *Итак, вы считаете, что одна из 10 молодых женщин внезапно умирает?*
Знаете ли вы женщин из вашего окружения такого же возраста? Сколько внезапно умерли за последний год?
Пациент *(смеется): Ну, я думаю, что уже будет меньше процентов. Наверное, всего 1 %.*
Терапевт: *Даже этот 1 % сильно преувеличен. Но теперь давайте обсудим другое предположение из ваших опасений.*
Пациент: *Как будут чувствовать себя мои дети, если я умру? Я уверена, что ужасно.*
Терапевт: *Я не спрашиваю вас о грусти и чувстве утраты, но о предположении, что такое состояние будет продолжаться на протяжении всей их жиз-*

ни. Хотя это трудно себе представить, попробуйте это сделать. Что случилось бы с течением времени? Они были бы всегда такими грустными или смогли бы справиться с утратой и продолжали жить более-менее нормально? Какой из этих вариантов больше похож на правду?

Пациент: *Я думаю, что они с этим, в конце концов, справились бы. Отец бы их поддержал... Он бы о них заботился.*

Терапевт: *Я хочу подчеркнуть первый вывод, к которому вы пришли. Маловероятен факт, что вы умрете. Но следует осознать, что даже если это произойдет дети переживут и будут воспринимать это по-другому, чем вы. Вы с этим согласны?*

Пациент: *Да, я согласна. Я думаю о самом худшем, не рассматриваю другие варианты.*

Пример ежедневной записи АНМ

Ситуация	**Мысли**	**Эмоции**	**Рациональная реакция**	**Действия**
Учительница мне сказала, что Михаил плохо учится и не старается в школе	«Что, если она будет к нему придираться? Он упрямый и может вовсе перестать учиться. Он начнет пропускать уроки, курить, принимать наркотики... Его посадят в тюрьму... Я не смогу с этим справиться!»	Страх Гнев Бессилие Тревога	Она так говорила и о других учениках. Ребенок расстраивается, когда получает плохие отметки. Я слишком преувеличиваю. Нет необходимости справляться с какими-либо сложностями, но даже если все самое худшее случится, так или иначе, я должна буду с этим справиться	Сейчас я ему скажу, о чем говорила с учительницей и что хочу, чтобы он начал стараться. Иногда буду проверять его домашние задания и хвалить за успехи. Я покажу, что доверяю ему

Как мы уже не раз говорили, когнитивные процессы, связанные с тревогой, иногда принимают форму не мыслей, а катастрофических и угрожающих представлений. Их значение можно поставить под сомнение соответствующими вопросами. Мы также можем использовать воображение пациента. Кларк (1989) приводит два примера:

Первый пример касается молодой женщины, у которой неоднократно возникало воспоминание о том, как в детстве с ней жестоко обращались. Разговор не привел к уменьшению подавленности, которое вызывало это представление. Но после того как она представила себя в такой же ситуации, но во взрослом возрасте, когда она смогла бы защитить себя от издевающегося над ней родственника, подавленное состояние прошло очень быстро.

Одна женщина боялась потерять сознание, и часто представляла себе, как падает в обморок. В ходе обсуждения она представила, что потеряла сознание только на секунду, затем пришла в себя как ни в чем не бывало. После этого было отмечено снижение тревоги.

Пример когнитивного реструктурирования (оспаривание АНМ):

Пациент: *Иногда мне становится плохо ни с того ни с сего. Я просто сижу вечером дома, передачи по телевизору закончились. Я чувствую, как у меня сжимается желудок, меня тошнит, мне трудно дышать. Тогда я принимаю беродуал (Berodural). На некоторое время мне становится легче, но потом это чувство приходит снова.*

Терапевт: *Можете ли вы вспомнить последний случай, когда это произошло?*

Пациент: *Вчера вечером. Я не мог заснуть до 2 ч ночи. У меня было учащенное сердцебиение, я не мог дышать. Я боялся, что случится сердечный приступ.*

Терапевт: *Очень странно, что симптомы появляются без причины. Попробуйте вспомнить эту ситуацию как можно подробнее. Может быть, мы выясним причину.*

Пациент: *Жена ушла спать, а я остался один в гостиной. Я выключил телевизор, через мгновение мне стало плохо.*

Терапевт: *Что вы делали после выключения телевизора?*

Пациент: *Да ничего не делал, просто сидел и думал о чем-то.*

Терапевт: *Постарайтесь вспомнить, о чем вы думали.*

Пациент: *Да так, особо ни о чем... наступит лето, жена захочет поехать в отпуск.*

Терапевт: *И что именно вы говорили об этом отпуске?*

Пациент: *То, что мне постоянно плохо, а она захочет куда-либо поехать. Но я не могу ехать за границу, я не знаю ни одного иностранного языка. Если мне станет там плохо, кто мне сможет помочь? Я же даже с врачами там не смогу объясниться! Ужас какой-то. Она меня потом за это будет упрекать, а также за то, что не хочу спать с ней. Она будет мне угрожать, что найдет мужика, который сможет ее удовлетворить. Я не считаю себя неспособным. Мне просто нельзя напрягаться. Но она это понимает.*

Терапевт: *Я вижу, что это сильно беспокоит вас. Вы очень нервничали, когда рассказывали об этом. Вы это заметили?*

Пациент: *Вы правы. Я даже вспотел, у меня начал болеть живот.*

Терапевт: *Это очень неприятно. Кажется, что вы начинаете дышать быстрее. Это возможно?*

Пациент: *Я никогда не обращал на это внимание. Может быть, вы правы.*

Терапевт: *Как будто бы эта обеспокоенность болезнью, отпуском и женой приводит к ускоренному дыханию. О чем вы думаете, когда появляется гипервентиляция?*

Пациент: *Ни о чем. Перестаю думать и боюсь, что это не прекратится.*

Терапевт: *Чего больше всего боитесь в этот момент?*

Пациент: *Что я не смогу остановить гипервентиляцию, у меня начнет болеть живот, мне снова станет плохо.*

Терапевт: *Как вы думаете, вам в такой ситуации помогают мысли. «Не смогу остановить это дыхание, у меня начнет болеть живот и мне опять будет плохо»?*

Пациент: *Наверно, нет. Потом я еще больше боюсь...*

Терапевт: *Если вы испытываете все больший страх, то замедлится или ускорится ваше дыхание?*

Пациент: *Оно всегда ускоряется. И что я с этим должен делать? ...*

Терапевт: *На это трудно ответить. Как вы думаете, у вас получится изменить свое мышление? Я говорю о тех моментах, когда вы находитесь в стрессовом состоянии?*

Пациент: *Я не понимаю. Как, я могу изменить свое мышление?*

Терапевт: *Например, если вы в этот момент подумаете о чем-то другом, будете допускать такие мысли: «Не смогу остановить это дыхание, мне будет снова плохо, у меня начнет болеть живот». Что доставит вам меньше беспокойства или даже поможет успокоиться? Приходит ли вам в голову что-нибудь, что может помочь вам расслабиться?*

Пациент: *Над этим я никогда не думал... я не знаю... Что вы посоветуете?*

Терапевт: *К сожалению, не могу. Вы придумайте и скажите себе это сами. Если я дам вам совет относительно того, что сказать, это не поможет, потому что это будет то, что говорю я, а не вы. Мы все разные. Попытайтесь придумать, что вы посоветовали бы вашему другу, если у него была такая же проблема.*

Пациент: *Очень трудно, когда я не могу сам себе помочь... Я думаю, я сказал бы ему: «Не будь дураком, все будет хорошо, такое уже происходило, ничего страшного не произошло». И может быть, я озвучил бы такое предложение: «Не дыши так быстро, замедли дыхание, иначе тебе будет хуже».*

Терапевт: *Отлично. Напишите эти предложения чтобы их запомнить... Теперь научимся замедлять дыхание в стрессовой ситуации... Замедление дыхания поможет гораздо больше, чем Berodural, который увеличивает беспокойство.*

Когнитивная работа связана с перспективой, возможностью увидеть ситуацию иначе и способностью найти возможные варианты решения. Пациент часто требует от терапевта заверений (что мы принципиально не должны делать), чтобы самостоятельно не решать собственную проблему. Кроме того, пациент часто контрпродуктивен из-за приема транквилизаторов.

в) Бихевиоральные эксперименты

Помимо тестирования АНМ очень эффективны бихевиоральные эксперименты. Это задачи, которые на практике проверяют убеждения пациента. Составляется определенный план действий, которых пациент избегает или опасается. Он предсказывает, чем закончится каждое действие, как он себя будет чувствовать, вести и т.д.

Эксперименты могут быть связаны с изменением неудовлетворительной ситуации, с поиском реагирования в ситуации, которая не может быть изменена. Бихевиоральные эксперименты могут проводиться без предыдущих тревожных представлений и с целенаправленно более сильными опасениями. В рамках этой стратегии попросим пациента предсказать результат пугающей ситуации, а затем попытаемся пройти эту ситуацию либо без развития тревожных мыслей, либо после тщательного исследования всех возможных негативных последствий. После этого оцениваем реальное развитие ситуации.

После эксперимента терапевт с пациентом сравнивают, насколько прогнозы оказались реалистичными. Стратегия имеет такую же базовую схему, как и эксперименты, — выбор значимых целей, определение гипотезы, оценка ситуации,

запись результатов и формулировка выводов, которые либо поддерживают, либо опровергают созданные гипотезы.

Терапевт уточняет с пациентом цели эксперимента. Хорошо, если они соответствуют проблеме, определенной в начале лечения. Пациент конкретизирует мысль и подвергает ее критической оценке: «Если я пойду к начальнику с просьбой повысить мне заработную плату, он будет кричать на меня и упрекать в том, что я мало работаю».

Формулировка гипотезы. Пациент заранее предполагает, чем та или иная ситуация закончится. Он напишет, каким будет его поведение, мысли, эмоции и вегетативная реакция, как по отношению к нему будут вести себя окружающие люди. Он может сформулировать альтернативные варианты. С терапевтом он оценит все доказательства, которые свидетельствуют за и против. Этот факт сам по себе, может повлиять на убедительность доказательств, которые поддерживали негативные прогнозы, и привлечь внимание к тем, которые пациент не имел в виду или подавлял.

Создание оценки. Необходимо установить правила: что понимать под успехом, неудачей, в каких областях будет оцениваться успех (например, начальство повысит заработную плату, пациент способен попросить об этом повышении, вследствие чего он будет доволен собой).

Создание проекта. Это предложение выполнить конкретный тест, который проверит, действительность прогноза. Следует определить, что пациент должен конкретно сделать. Эксперимент должен быть организован так, чтобы максимизировать перспективу положительного результата. Целесообразно обсудить способ, с помощью которого пациент попросит своего начальника о повышении заработной платы, а затем проиграть эту ситуацию на занятии.

Запись результатов. Речь идет о записи мыслей, поведения, эмоций и вегетативных реакций или об оценке дискомфорта или тревоги по шкале. Нас интересуют мысли и поведение как во время воздействия, так и предшествующие ему.

Формулировка выводов. В конце мы формулируем ответ на вопрос, являются ли действительными представления гипотезы, получился ли какой-либо вариант. Домашние задания и эксперименты должны быть организованы так, чтобы ни один результат не был отрицательным, чтобы они были полезными, каким бы ни был итог. Если эксперимент удастся (т. е., начальник не разозлится), пациент убедится в том, что его негативные мысли были ошибочными. В этом случае можно переносить этот опыт на другие ситуации. Если эксперимент не удастся (начальник рассердится, будет упрекать и унижать пациента), мы получим ценную информацию. «Что произошло на самом деле? Что пошло не так? Ошибка была в поведении пациента? Не помешали ли его намерению негативные мысли?». Таким образом, даже отрицательный результат может быть использован конструктивно. На основании выводов мы дискутируем о том, использовать ли пациенту подобные методы (в случае дисфункциональных) в других ситуациях.

Наконец, надо формулировать правило, которое подведет итог того, чему пациент научился. В нашем случае пациент может сделать следующий вывод: «Не пытайся предсказать, как другие люди будут к тебе относиться, а лучше попробуй это сделать».

Пример эксперимента

Экспери-мент	**Предположение**	**Возможные проблемы**	**Как их посте-пенно прео-долеть**	**Результат**	**Как резуль-тат поддержал испытуемую мысль**
Дома от-крою окно и вдруг по-думаю, что вы-скочу из него	*Негативный альтернатив-ный вариант* Что, если я дей-ствительно прыгну? *Альтернатив-ный вариант* Когда я открою его, я буду сто-ять и смотреть в окно	Быстро за-крою окно и убегу	Я постара-юсь вспом-нить пре-дыдущее действие и постараюсь изменить мысли	Когда я откры-ла окно, то по-чувствовала тревогу. Я пы-талась дышать животом и смо-треть на окру-жающую при-роду. Через 4 мин я уже об этом не дума-ла. Я позвала из окна сосед-ку и поговори-ла с ней	Экспери-мент на 80 % опроверг эту мысль. По всей ве-роятности, я не прыгну и в следующий раз, потому что я этого не хочу

Иногда негативные предсказания пациента сбываются. Основным усилием терапевта является предотвращение генерализации на другие области. Необходимо проанализировать ситуацию. Как при АНМ дисфункциональные убеждения должны быть поставлены под сомнение, а также надо пересмотреть и закрепить новые схемы посредством изменения поведения. Маловероятно, что изменение произойдет сразу. Бихевиоральные эксперименты повторяют дольше, чем при негативных мыслях. Они должны повторяться в различных ситуациях в зависимости от того, в соответствии с какими нормами действуют другие люди (т. е., не предполагать, что собственные нормы правильны), как ведут себя другие. Надо действовать против начального предположения и оценки последствий (это часто может привести к повышенной тревоге), проверять новые правила на практике.

г) Тестирование метакогниций

Как и в случае АНМ, необходимо поставить под сомнение метакогниции. («Из-за этой тревоги я однажды сойду с ума. Если я не буду волноваться, ситуация может плохо закончиться») и дисфункциональные предположения («Если я сделаю ошибку, значит, я ни на что неспособен»), Затем изучать и подкреплять новую точку зрения через изменения в поведении. Необходимо рассмотреть преимущества и недостатки опасений, выяснить, что произойдет, если опасения исчезнут, создать с пациентом сценарий худших последствий.

Затем следует оспорить мета-опасения с помощью индуктивных вопросов в сократическом диалоге. «Если вы поверите факту, что Ваша жизнь зависит от того, насколько вы беспокоитесь, то сколько у Вас будет проблем? Если вы перестанете беспокоиться, то сколько проблем останется? Если вы перестанете верить, что беспокойство опасно, то сколько у Вас будет проблем?» При записи тревожных мыслей надо ориентироваться на мета-опасения. Вербальная реатрибуция осуществляется посредством доказательства обоснованности убеждения, механизма, с помощью которого он работает. Убеждения пациента надо рассматривать в обратном смысле: «Беспокойство может быть вредным» и «Если я буду беспо-

коиться, я смогу лучше подготовиться к возможной катастрофе». На следующих сеансах терапии внимание фокусируется на оспаривании невозможности контролировать беспокойство. Пациент обычно утверждает, что опасения у него по-прежнему присутствуют, что он не может избавиться от них. Уместно спросить: «Когда вы разговариваете по телефону, куда исчезает беспокойство?» Если поток тревожных мыслей можно прервать, то беспокойство не является неуправляемым. Можно отобразить все ситуации, в которых пациент обычно забывает о беспокойстве, и установить, в каких ситуациях в большей мере проявляются его катастрофы. Пациент посредством домашнего задания пробует так называемое «устранение беспокойства».

д) Релаксация и работа с воображением

В связи с хронически повышенным мышечным напряжением и отсутствием парасимпатического тонуса бихевиоральные интервенции при ГТР используют релаксацию и ее приложения. Пациенты могут убедиться в том, что большинство физических и психологических симптомов тревоги они могут контролировать. Можно использовать аутогенную тренировку, прогрессивную релаксацию Оста или Якобсона. Релаксация должна не успокаивать перед пугающей ситуацией, а снижать общее напряжение. В частности, большое значение имеет прогрессивная мышечная релаксация: пациенты с ГТР больше всего страдают от мышечного напряжения и его последствий (усталость, головная боль, боль в спине). В расслабленном состоянии они могут создать альтернативную ситуацию.

Сама релаксация может развить сильные отрицательные эмоции таким образом, что пациент перестанет блокировать сильные эмоциональные реакции опасением и тревогой. При медитации пациент представляет себе пугающие ситуации и постепенно, проходит через них. Пациенты из-за своей тревоги не воспринимают приятные моменты. Как и при стрессе, эта способность у них ограничена. Для обучения используется контроль приятных впечатлений в различных модальностях — обонянии, вкусе, осязании, слухе, физических и эмоциональных реакциях). Необходимо поддерживать эту направленность, опираясь на положительные события.

е) Планирование деятельности

Для людей, страдающих ГТР, характерно откладывание более тяжелых задач на потом. Нерешенные проблемы становятся источником напряженности и самоупреков. Другой характерной чертой является отсутствие приятной и спокойной деятельности.

ж) Работа с эмоциями

При работе с эмоциями важно помочь пациенту выработать способность полноценно их ощущать. Он учится управлять сильными чувствами в ролевых играх и с помощью психодраматических методов (пустой стул, двойник и т.д.) и в полной мере переживать реальные ситуации (mindfullness).

з) Воздействие на тревогу

Терапевт вместе с пациентом должен установить так называемое время для тревоги (20 мин), в течение которого пациент вместо того чтобы избегать ее когнитивным способом, будет ее развивать, представляя самые худшие альтернативы. Он может использовать свое воображение, тетрадь или плеер, куда запишет

свои самые худшие опасения. Он может распределить опасения и тревогу по различным категориям. В течение дня пациент может управлять своим опасением и тревогой или перенести их изучение на определенное время.

и) Воздействие на катастрофический сценарий

Основной идеей воображаемого катастрофического сценария является предотвращение когнитивного и эмоционального избегания. Важно пережить тревогу в представлении и найти стратегии ее преодоления. Вместо избегания человек представляет себе самое худшее. Например, он болен, близкие люди драматически переживают его болезнь, врачи не в состоянии ему помочь, состояние ухудшается, он умирает. Однако представлением смерти сценарий не заканчивается. Важно представить то, что будет после смерти. Оно, как правило, связано с детскими фантазиями, которые давно вытеснены из памяти. При описании первых катастрофических представлений пациента мы предлагаем схему поведения и испытаний в экстремальных ситуациях: «Что я буду делать в этот момент? Возможно ли, что я буду вести себя как-то по-другому? Как именно? Как еще может вести себя человек в этой ситуации? Что я буду чувствовать?» Далее попытаемся определить время, в течение которого будут происходить описываемые события. «Как долго это будет причинять мне боль? Что произойдет потом? Как со временем будут меняться чувства?»

к) Изучение новых моделей поведения и навыков

У пациентов с ГТР избегающее поведение появляется систематически и намного реже, чем у пациентов с фобиями. Тем не менее, такие люди избегают определенных ситуаций или видов деятельности более явно. Чаще всего это может быть следующее (Butler и др., 1987):

а) ситуации, в которых они могут быть оценены другими людьми (около 40 % пациентов); например, чтение лекций, употребление пищи перед другими людьми. Многие пациенты, имеют проблемы с социальными и коммуникационными навыками по той причине, что они либо не умеют это делать, либо тревога блокирует использование этих навыков. В этом случае целесообразно обучение социальным навыкам (см. общую часть). Терапия непосредственно решает коммуникационные проблемы;

б) некоторые агорафобические ситуации (20 % пациентов) — кинотеатры, лифты, универмаги и т.д.;

в) ситуации, в которых могут появиться неприятные вегетативные симптомы (физические упражнения, бег и т.д.);

г) избегающие стратегии, когда появляются симптомы (опираться на что-либо при чувстве скорой потери сознания).

Терапевт должен направить усилия пациента на эти ситуации, изменить модель поведения, к которой пациент прибегает в случае появления симптомов тревоги. Этот факт поддерживает его убеждение в том, что эти симптомы очень опасны.

л) Решение проблем

Это главная терапевтическая стратегией при ГТР. Большинство пациентов катастрофически оценивают повседневные трудности, потому что, как правило, не в состоянии решать их. Они используют систему проб и ошибок, а на малозна-

чительные ситуации тратят много времени и энергии. Поэтому даже небольшие проблемы заставляют их беспокоиться. Они предпочли бы убежать от них. На примере этих повседневных трудностей, пациент учится применять систематическую стратегию. Затем он решает проблемы изменением своего поведения, а не опасениями и беспокойством. Реальные проблемы могут быть иногда скрыты. По этой причине целесообразно записывать текущие и прошедшие эпизоды опасений, а также определить их начало. Также может помочь фиксирование изменений настроения пациента во время разговора («Что произошло прямо сейчас? О чем вы сейчас подумали?»). Нет смысла обсуждать дальнейшие опасения и беспокойство, потому что они приводят к избегающему поведению. Тем не менее, для каждого эпизода необходимо сделать вывод, что опасения и тревога на самом деле были чрезмерными. Избегающее поведение часто менее очевидно, чем при других расстройствах, но его необходимо обсудить. Чаще всего прокрастинацию и избегание ассертивного поведения можно обнаружить в межличностных отношениях. Поэтому важно подробно проанализировать межличностные связи, особенно близкие отношения, потому что там, как правило, скрыты самые важные проблемы даже тогда, когда пациент склонен преуменьшать или искажать их.

м) Окончание лечения и профилактика рецидива

Как и при всех расстройствах, в конце терапии мы учим пациента предотвращать рецидив. Постепенно продлеваем интервалы между сеансами и стараемся определить трудности, которые возникнут у пациента в жизни. Хотя проблемы являются частично вероятными, целесообразно обсудить с пациентом. Мы напоминаем ему об использовании навыков, полученных во время лечения, рекомендуем пройти так называемую бустерную (поддерживающую) сессию через несколько месяцев. Хорошо было бы закончить терапию с осознанием того, что 5—10 % тревог и беспокойств оказались лишними, нет смысла гоняться за нереальной, часто искусственной целью исключить тревогу из жизни.

5) Проблемы в лечении ГТР

Пациенты, страдающие ГТР, как правило, организованны и готовы к сотрудничеству. В начале лечения им иногда трудно признать, что их проблемы скорее психологического, чем физического происхождения. Особенно когда они осознают вегетативные проявления и симптомы, возникающие при повышенном мышечном напряжении. В основном, удается создать хорошие терапевтические отношения, повторное обучение и эксперименты с физическими симптомами, приводящими к ясности.

Частым осложнением начала лечения является зависимость от бензодиазепинов. Пациенты, как правило, принимают большие дозы алпразолама или клоназепама, реже диазепама. Без их приема они не могут жить. Уменьшение или прекращение приема этих препаратов вызывает абстинентный синдром. Так как бензодиазепины не снижают степени беспокойства или тревоги, необходимо прекратить их прием. Ответные симптомы могут быть очень неприятными и имитировать ухудшение тревожных расстройств. Надо неоднократно объяснять пациенту, какие признаки абстинентные, а какие относятся к тревоге как таковой. Однако иногда это трудно определить.

8.2.2.5. КБТ и психофармакотерапия при генерализованном тревожном расстройстве

В одном исследовании, сравнивающем КБТ с применением бензодиазепинов и в комбинации с плацебо (Power и др., 1990), было установлено, что самостоятельная КБТ или КБТ в сочетании с медикаментозным лечением значительно эффективнее, чем самостоятельное медикаментозное лечение или плацебо. Тем не менее, различие между комбинированным лечением и самостоятельной КБТ не было значимым.

8.2.2.6. Случай генерализованного тревожного расстройства

Камиль — студент, ему 21 год. 2 года встречается с подругой. Чрезмерный страх и тревога появились 2 года назад, когда он уехал от родителей и поступил в институт. Родители Камиля в разводе. В начале учебного года у него появился страх не справиться с учебой и сдать экзамены, что его бросит подруга, он не сможет влиться в коллектив, что кто-то из его окружения (особенно подруга, а может быть, и он) серьезно заболеет. Он ощущал необычные физические симптомы — щемило сердце, болела голова, были спазмы в желудке, покалывание в пальцах, появились проблемы с эрекцией. Он засыпал в 2—3 ч утра, несмотря на то что ложился спать в 11 ч вечера. Он стал бояться, что недосыпание повредит ему в физическом плане, а впоследствии он просто сойдет с ума. На момент обращения к психиатру он страдал от высокой тревожности (уровень тревожности по шкале Бека 34 балла), проявились легкие симптомы депрессии (показатель 18 баллов). Он прервал учебу (уровень нарушения жизни по шкале Шихана был 8 из 10 баллов оценке неспособности учиться, 6 баллов — в оценке нарушения общественных контактов и 5 баллов в оценке семейной жизни). Он стал злоупотреблять алкоголем, потому что после 3—5 кружек пива снижалась тревога, он чувствовал себя довольно хорошо. После употребления спиртного он лучше засыпал, хотя беспокоился, что может стать алкоголиком.

После бихевиорального и функционального анализа терапевт рассказал Камилю о природе ГТР, стрессовой реакции и о смысле отдельных этапов лечения. Камиль получил для изучения буклет о ГТР.

Терапевт определил несколько проблемных областей, и соответствующие разумные цели. В качестве первой проблемы были установлены чрезмерные страхи и опасения.

Первые шаги в терапии касались когнитивной реструктуризации и релаксации. Каждый сеанс начинался с обучения прогрессивной релаксации Оста. В качестве домашнего задания Камиль должен был практиковать релаксацию 3 раза в неделю. Кроме того, после 2-сеанса Камиль научился проверять свои опасения и тревогу, определять реальную вероятность того ситуации, рассматривать возможные последствия, собственные способности справиться с ситуацией или возможные варианты посторонней помощи.

Порочный круг эпизодов тревожности

Возбудители
Попытка что-нибудь выучить, невозможность заснуть, телефонный разговор с матерью с подругой, половой акт, физические симптомы (сердцебиение, давление в желудке, головная боль), болезнь подруги

Автоматические мысли
«Я не могу это запомнить! Что, если я не смогу доучиться? Что я буду делать дальше? Что, если меня бросит Бланка? Мать не понимает, что я не в состоянии учиться... А что, если у меня серьезное заболевание, а врачи ничего не смогут найти?! Лишь бы Бланка не заболела. Она должна заботиться о себе... А что, если у меня не встанет... Я опозорюсь перед ней, Бланка найдет себе другого... Если я сейчас не засну, завтра буду чувствовать себя еще хуже»

Мета-когниции
Негативные. «Я не могу остановить эти мысли! Я не в состоянии думать ни о чем другом!? Я сойду от этого с ума! С помощью этих мыслей я это призываю...!» Позитивные. «Я должен об этом думать, чтобы этого не произошло. Так как я об этом думаю, я готовлюсь к тому, что это может произойти. Это не будет неожиданностью»

Эмоции
Страх, тревога, разочарование, чувства на грани

Поведение
Звонит матери и подруге, контролирует сердечный ритм, стул, отказ от какого-либо движения и секса, споры с подругой

Физические реакции
Головная боль, сердцебиение, тяжесть животе, покалывание в пальцах, бессонница, повышенный аппетит

Последствия
Откладывание решения задач, нарушение концентрации внимания, сокращение занятий, движения, ограничение себя и подруги, конфликты — повышение напряжения и тревоги — следующие АНМ

Проблема	**Цель**
Чрезмерные опасения и беспокойство, которые занимают большую часть времени и мешают исследованию, ограничивают дружеские отношения и приводят к конфликту в партнерских отношениях	Уменьшить чрезмерные опасения и беспокойство, чтобы они занимали не больше получаса в день и не мешали в учебе, дружеских и партнерских отношениях
Отсрочка сдачи экзаменов из-за страха неудачи и неспособность сконцентрироваться на учебе	Пойти сдавать экзамены в назначенный день, даже если я не все выучу. Сосредоточиться на учебе

Избегание чрезмерного движения из-за беспокойства за здоровье	2 раза в неделю заниматься спортом в течение часа
Частые ссоры с подругой (2 раза в неделю)	Уменьшить частоту ссор до 2 раз в месяц, научиться ссориться конструктивно
Проблемы с эрекцией во время полового акта (больше чем в половине случаев, и по этой причине избегание половых контактов)	Говорить с подругой о своих опасениях по поводу эрекции, перестать избегать полового акта и заниматься любовью без оглядки на эрекцию.

Запись автоматических негативных мыслей

Ситуация	Мысли	Эмоции	Рациональная реакция	Действия
Учеба	Я не могу это запомнить! Что, если я не смогу окончить учебу? Что я буду делать дальше?	Тревога. Гнев на себя. Страх	Я постараюсь это записать. Если я не закончу учебу, пойду работать	Сделать короткие выписки из учебника. Повторить материал с помощью выписок
Боль в животе	Что, если у меня серьезное заболевание и никто не сможет это установить?	Страх	Боль возникает во время стресса уже в течение 2 лет. Я обследовался, но у меня ничего не нашли	Продолжить обучение, затем, сделать перерыв и сделать пробежку
Засыпание	Если я сейчас не засну, мне будет завтра еще хуже	Гнев	Я с этим уже знаком. Это можно выдержать, хотя я не выспался	Готовиться к экзамену в течение часа, затем повторить попытку заснуть
Прелюдия полового акта	Что делать, если у меня опять ничего не получится? Я не могу думать об этом! Это уже невозможно! Бланка найдет себе другого!	Напряжение. Тревога. Страх	Ну и что, что у меня ничего не получится. Это не в первый раз. Бланка это уже знает. Я скажу ей, чтобы она обнимала меня, а я буду обнимать ее, тогда все может получиться. Не смогу остановить мысли, буду думать о том, что ничего не получится, но сосредоточусь на ее прикосновениях	Признаться Бланке в своем беспокойстве. Предложить взаимные объятия и ласки, сосредоточившись на прикосновениях. Наконец, все прошло очень хорошо

Следующий шаг — тестирование мета-когниций и воздействие на страхи. Камиль написал катастрофический сценарий для всех опасений. В то же время он перестал избегать учебы и активности. На каждом сеансе после обучения релаксации терапевт задавал Камилю один вопрос из тех, которые будут на экзамене.

За 5 сеансов Камиль успокоился, научился расслабляться, его способности значительно улучшилась. Он стал лучше спать. Баллы по шкале тревожности снизились вдвое. Тем не менее, опасения и беспокойство в меньшей интенсивности и частоте сохранились. Поэтому с 6-го сеанса терапевт приступил к тестированию мета-когниций и к катастрофическим сценариям.

Пример тестирования метакогниций

Мета-убеждение	Контрольные вопросы	Рациональный ответ
Я не могу остановить эти мысли! Я не в состоянии думать о чем-то другом! Я от этого сойду с ума	Я на самом деле на это неспособен? У меня возникают тревожные мысли всегда или только иногда? У меня возникают эти мысли уже на протяжении двух лет и до сих пор ничего не случилось?	Я смогу остановить мои опасения и отвлечь от них внимание, но они часто возвращаются ко мне. То, что я из-за них должен сойти с ума, мне, вероятно, не угрожает. Мое состояние стабильно уже в течение длительного времени. Как сказал мой врач, у меня будет, как максимум, еще одна депрессия
Я должен думать об этом, чтобы этого не случилось. Так как я об этом думаю, я готовлюсь, что это произойдет. Это не будет неожиданностью	Действительно, можно ли это предотвратить, если я буду об этом думать? Иногда случается точно наоборот (например, мысли о моей эрекции). Действительно ли я, чувствуя постоянные страхи и опасения, готовлюсь к тому, чтобы в будущем меня не удивили проблемы? Или то, чего я боюсь, будет настигать меня снова, несмотря на то что я из-за этого испытываю беспокойство? Помогают мне опасения реально или это только видимость?	Мой страх ничему плохому не препятствует, а чувствую я себя от этого тревожным и обессиленным. Страхи и опасения мне, не помогают. Они меня только раздражают

Камиль для каждого сеанса написал один катастрофический сценарий. Сначала его это пугало, потому что возникла другая озабоченность: сценарий сможет магическим образом привлечь эту катастрофу. После того как Камиль с терапевтом обсудил одну из катастроф и почувствовал облегчение, он был готов записывать сценарии даже в качестве домашнего задания.

После сочинения сценариев об отчислении из института, импотенции и смерти Камилю стало значительно легче. После 10 сеансов он перестал отвлекаться на свои страхи и опасения. Они постепенно отступили. Даже если они иногда возникали, то не приводили к тревоге. Камиль не уделял им большое внимание, они исчезали. Тем не менее, Камиль продолжал жаловаться на невозможность сосредоточиться на учебе и на свою сексуальную дисфункцию. Проблема — невозможность продолжить учебу — до сих пор не решена. Не было возможности воздействовать на что-то другое, чем учебное тестирование. Было видно, что Камиль хорошо знает материал, но, по его мнению, не достаточно. Эта оценка была связана с установкой, которая была в Камиле еще с детства. Камиля, как старшего, воспитывали для успешного будущего. Его мать хотела, чтобы он стал врачом, но была удовлетворена тем, что он пошел учиться на юридический факультет. Оба родителя ожидали, отличной учебы. В школе он получал одни пятерки, за это имел кое-какие преимущества, в отличие от младших братьев и сестер, которые не учились. Родители не требовали от Камиля помощи по дому, восхищались и вознаграждали его. Когда он поступил в юридический институт, мать была счастлива. Его отец внезапно умер от сердечного приступа. Камиль всю свою жизнь прожил со следующей позицией: «Я все должен делать идеально; если

это возможно, лучше, чем все остальные». При такой позиции от него требовалось отлично учиться и заботиться. С другой стороны, такая позиция приводила к огромному разочарованию при неуспехах.

Пример катастрофического сценария

Опасение	Я не могу ничего запомнить! Что, если я не смогу доучиться? Что я буду делать дальше?
Что самое худшее может случиться?	Я постараюсь сконцентрироваться, но у меня это не получится. Экзамены закончатся, меня оставят на второй год, потому что я не приду на экзамен. В следующем году мое внимание будет еще хуже. Я буду все время в отчаянии, постоянно недовольный, стану импотентом, и Бланка бросит меня. Я стану обузой для семьи. Наконец, в следующем году меня окончательно отчислят из института. Дома я никому не буду нужен. Буду ночевать у моих друзей, а летом на улице в палатке. У меня не будет возможности найти работы, я останусь без денег, семья не даст мне ни копейки. У меня не будет другого выхода, кроме как идти попрошайничать, копаться в мусорных баках, спать под мостом. Я буду вонять, люди будут отворачиваться от меня. Неоднократно меня будут допрашивать полицейские, мне из-за этого будет стыдно. Вот таким образом я буду жить, несмотря на то что мать возлагала на меня большие надежды. Семья обо мне даже не захочет ничего слышать. Я останусь, голодным и буду страдать от холода
Какие самые худшие последствия могут произойти?	Я что-нибудь украду, меня посадят в тюрьму. Охранники и другие заключенные будут бить, презирать меня и считать ничтожным человеком. Потом я заболею. В больнице откажутся меня принять, потому что я воняю. Врачи не будут обо мне должным образом заботиться. Я умру в одиночестве. Моя смерть будет ассоциироваться со страхом и отчаянием.
Что я смогу сделать в случае катастрофы?	Я мог бы найти работу с проживанием, и необязательно в Праге. Я могу устроиться санитаром в больницу — их всегда не хватает. Но даже если я стану бездомным бродягой, это не значит, что я буду один. Я встречался бы с другими, собирал пивные бутылки, это была бы свободная жизнь. Я путешествовал бы на грузовиках, как в фильме «На дороге». Если я заболею, в больницу меня, наверное, примут. Там будет тепло. Меня накормят, помоют. Но к такому запаху, вероятно, я привык бы, так что он мне не мешал бы. Если бы я попал в тюрьму, там тоже тепло, меня бы накормили и одели. Таким образом, я бы смог нормально выжить. Перед семьей мне было бы стыдно, но если они мной все равно не интересовались бы, меня это и не беспокоило бы. Я не знаю, какой была бы моя смерть, но мою боль приглушили бы лекарствами. Одиноким я был задолго до этого, так что уже к этому привык бы
Какие варианты решения еще существуют?	У каждой катастрофы существует целый ряд решений — перевестись в другой институт, найти другую девушку, работу, уехать за границу в качестве помощника по хозяйству. Да и семья меня так просто не отпустит, а наоборот, попытается помочь мне. Бланка не бросит меня только потому, что меня отчислят из института

На следующих сеансах Камиль работал с психотерапевтом над когнитивной связью этой схемы с реальной и прошлой жизнью. Камиль понял, как родители сформировали его мировоззрение. Он также понял, что трудно находить общий язык с одноклассниками, которые считали его ботаником. Однако поскольку он был необходим для списывания, эта позиция была терпимой. Но сейчас эта схема работала как фрустрирующее отношение к институту, к сексуальной жизни, приводила к чрезмерному страху и опасению, бессон-

нице, к головным болям. Обучение осложняли и партнерские отношения. В отображении малоадаптивной схемы ему помогла подруга Бланка. Влияние малоадаптивной схемы на активность в сексуальной области привело к открытому обсуждению темы между партнерами и исчезновению тревожности Камиля. Проблемы с эрекцией у Камиля исчезли. Он постепенно изменил свою позицию «Я все должен делать идеально; если это возможно, лучше, чем все остальные» на более подходящую: «я рад, когда у меня все хорошо получается, но гораздо важнее то, чтобы я был спокоен и доволен». Своей матери он сказал, что не нужно постоянно ожидать от него одних пятерок, что он даже не уверен в том, хочет ли продолжать учиться на юриста, но об этом он еще должен подумать. В качестве альтернативы есть возможность работать в гостинице, а затем попробовать поступить в другой институт, где ему было бы гораздо интереснее.

У Камиля уже 2 года отсутствует чрезмерный страх, беспокойство и тревога. Он продолжает учебу в юридическом институте. У него новая подруга. Бланка нашла нового партнера. Разрыв отношений Камиль пережил спокойно.8.2.2.7. Вывод для генерализованного тревожного расстройства В течение последних 20 лет КБТ, направленная на когнитивную реструктуризацию, работу с мета-когнициями, релаксацией, воображением катастрофических сценариев, обучением решению проблем и коммуникативным навыкам, является одним из основных подходов при лечении ГТР. Для увеличения эффективности процедур в терапию систематически включаются методы интерперсональной терапии, гештальт терапии и медитативной техники.

Литература

Barlow H.D., Rapee R.M., Brown T.A. Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. Behavior. Ther., 1992, č. 23.

Beck A.T., Emery G. Anxiety disorders and phobia: a cognitive perspective. NY: Basic Books, 1985.

Blowers T. D., Cobb J. a Mathews, A. Generalized anxiety: a controlled treatment study. Behav. Res. Ther., 1987, č. 25.

Borkovec T. D. The nature, functions and origins of worry//Davey G. C. L., Tallis F. (eds.) Worrying: perspectives in theory, assessment and treatment. London: Wiley, 1994.

Borkovec T.D., Costello A. Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. J. Consult. Clin. Psychol., 1993, č. 61.

Borkovec T. D., Whisman M.A. Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder// Mavissakalian M. R., Prien R. F. (eds.) Long-term treatments of anxiety disorder. Washington DC: American Psychiatric Press, 1996.

Butler G., Fennell M., Robson P. et al. Comparison of behavioral therapy and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. J. Consult. Clin. Psychol., 1991, č. 59.

Chambless D.L., Gillis M.M. Cognitive therapy of anxiety disorders. J. Consult. Clin. Psychol., 1993 č. 61.

Gould R.A., Otto M.W., Pollack M.H. et al. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary metaanalysis. Behavior. Ther., 1997, č. 28/2.

Ladouceur R., Dugas M.J., Freeston M. H. et al. Efficacy of a cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. J. Consult. Clin. Psychol., 2000, č. 68.

Ost L.G., Breitholtz E. Applied relaxation vs. cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Behav. Res. Ther., 2000, č. 38.

Powe, K.G., Simpson M.B., Swanson V. et al. A controlled comparison of cognitive-behavioral therapy, diazepam, and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder. J. Anxiety Dis., 1990, č. 4.

Praško J. Jak se zbavit napěti, stresu a uzkosti. Praha: Grada, 2003.Praško J., Kosova J. Kognitivně behavioralni terapie uzkostnych stavů a depresi. Praha: Triton, 1998.
Praškova H., Praško J. Uzkostne a fobicke poruchy. Praha: Galen, 2000. 1. vyd. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Chichester: Willey, 1997.
White J. Stresspac: three year follow-up of a controlled trial of a self-help package for the anxiety disorder. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 1998.

8.2.3. КБТ агорафобии

Ян Прашко, Хана Прашкова

8.2.3.1. Основная информация об агорафобии

Болезненный страх открытых пространств был описан еще Гиппократом. Термин «агорафобия» возник в 1871 г. и подробно описан Вестфалем. Название произошло от древнегреческого фобос (fobos) — страх и агора — рынок. Агорафобия — это страх находиться в местах или ситуациях, когда побег труден или неловок в том случае, если у человека случится паническая атака или другой неприятный тревожный симптом. Этот страх не контролируется и приводит к избеганию угрожающих ситуаций. Агорафобия часто ассоциируется с ПР. По мнению некоторых авторов, ПР первично, а агорафобия вторична.

1) Клинические проявления

Агорафобия проявляется страхом общественных и людных мест, толпы людей, магазинов, замкнутых пространств, нахождения вне дома, пользования транспортными средствами, лифтом и т.д. Беспокойство вызвано как присутствием фобического раздражителя, так и отдалением от безопасного места. Тревога усиливается, если больной осознает, что побег невозможен или что этим побегом он может привлечь к себе чрезмерное внимание. Избегающее поведение обычно при агорафобии. Пациенты часто чувствуют себя лучше дома (однако, не всегда). Чем дальше они от дома, тем больший страх испытывают. Они, как правило, чувствуют себя уверенно рядом с кем-нибудь, когда их кто-то придерживает или они сами чего-нибудь придерживаются (толкают тележку на колесах, опираются на палку и т.д.). Такие люди полагают, что если им не удастся своевременно убежать, с ними случится какая-либо катастрофа — они перестанут себя контролировать, потеряют сознание, у них случится инфаркт или какая-то неприятность. Количество угрожающих ситуаций со временем расширяется. Больной может быть не в состоянии выйти из дома.

Типичные характеристики агорафобии:

1. страх находиться в местах, откуда невозможно убежать в случае дурноты или панической атаки, где не будет возможности получить поддержку или позвать на помощь;
2. избегание этих мест;
3. беспокойство и панические атаки в пугающей ситуации с типичным вегетативным сопровождением.

Типичные фобические ситуации с агорафобией: транспортные средства (метро, поезд, автобус, трамвай, лифт, самолет, движущиеся эскалаторы, лодки), со-

вершение покупок (особенно в торговых центрах, супермаркетах), открытое пространство (площадь, парк, детская площадка), широкие улицы, залы (кинотеатры, рестораны, выставки, театры, склады, стадионы), тоннели, подземные переходы, мосты; нахождение вне дома или нахождение дома в одиночестве, ожидание в очереди, толпе, на автобусной остановке, автомобильная пробка, лес, плотины, неизвестные или отдаленные места без телефона.

Агорафобия ограничивает больного в социальных и рабочих ситуациях, оказывает серьезное влияние на его семью (Markovitz и др., 1989).

2) Диагноз агорафобии

Диагностические критерии МКБ-10 для агорафобии довольно четко определяют ее среди тревожных расстройств. Пациенты избегают ситуаций, в которых трудно получить помощь, поэтому предпочитают иметь в сопровождении близкого человека или родственников каждый раз, когда должны находиться в такой ситуации.

Диагностические критерии МКБ-10 для агорафобии (1996)

Ощущение ярко выраженного страха не менее чем в 2 следующих ситуациях, или их избегание:

1) находиться в толпе людей;
2) находиться в общественном месте;
3) перемещаться без сопровождения;
4) выходить из дома.

В стрессовой ситуации должны проявиться не менее 2 симптомов тревоги, причем один должен входить в группу симптомов раздражения вегетативной нервной системы:

Симптомы раздражительности

1) сердцебиение или ускоренный пульс,
2) потливость,
3) дрожь или тремор,
4) сухость во рту;

Симптомы, связанные с грудной клеткой или брюшной полостью

5) затрудненное дыхание,
6) нехватка воздуха,
7) боль или неприятные ощущения в грудной клетке,
8) тошнота или абдоминальный дискомфорт;

Симптомы, связанные с психическим состоянием

9) головокружение, возбуждение, потеря сознания,
10) ощущение, что объекты не являются реальными (дереализация) или что человек «здесь, не находится» (деперсонализация),
11) страх потерять контроль, сознание, возможности сойти с ума,
12) страх смерти;

Общие симптомы

13) приливы тепла или холода,
14) чувство онемения или покалывания.

Тревожные симптомы причиняют значительный эмоциональный дискомфорт. Индивид понимает, что они преувеличены или неразумны.
Симптомы ограничены пугающими ситуациями проявляются при тревожных ситуациях или их ожидании.
Страх или избегание (критерий А) не является результатом бреда, галлюцинаций или других расстройств, таких как органические психические расстройства, шизофрения и связанные с ней заболевания, расстройства настроения или обсессивно-компульсивного расстройства. Наличие или отсутствие ПР (F41.0) в большинстве агорафобических ситуаций может быть определено специфическим пятого кодом:
F40.00 – Без панического расстройства
F40.01 – С паническим расстройством

3) Эпидемиология

Показатель распространенности агорафобии колеблется в пределах 2,9—6,7 % (NCA исследование Kessler и др., 1994; Weissman и др., 1997). Агорафобия в 2—3 раза чаще встречается у женщин, чем у мужчин (Eaton и др., 1991). Обычно она начинается в возрасте 23—29 лет, лечение начинается в возрасте 34 года. В редких случаях она появляется впервые в 16 лет и после 45 лет. Коморбидность с ПР является высокой: в соответствии с популяционным исследованием в 50 %, у проходивших лечение больных в 75 %.

4) Этиопатогенетические факторы

Этиология недостаточно изучена. Мы рассматриваем комбинацию наследственной предрасположенности с влиянием воспитания в детстве (диспозиции). На развитие расстройства влияют фактические стрессовые обстоятельства. Факторы, которые поддерживают расстройство (например, избегающее поведение, ожидание тревоги, селективное внимание), могут отличаться от тех, которые привели к его возникновению.

Эволюционная модель

Повышенная чувствительность к определенным ситуациям может иметь важное эволюционное значение. Например, движение в свободном пространстве означало рискованное поведение: первобытного человека мог заметить опасный хищник или враг (Beck и др., 1985).

Биологические и генетические факторы

Более подробно см. раздел о паническом расстройстве.

Психоаналитическая теория

Травматическая сепарация в детстве может привести к патологическому развитию детской нервной системы. Она уязвима для тревожности во взрослом возрасте. Нахождение в одиночку в общественных местах возрождает детский страх. Люди, страдающие агорафобией, как правило, даже в зрелом возрасте боятся одиночества и одновременно привязанности к другому человеку (Bowlby, 1973; Nemiah, 1988; Manassis и др., 1994). Таким образом, им необходимо контролировать отношения. Так как постоянный межличностный контроль недостижим, больные страдают от напряженности. Кроме того, они испытывают трудности с

определением и обработкой негативных эмоций (Guidamo, 1987; Zeitlin и McNally, 1993), состояние повышенной напряженности приписывают внешним условиям, а не рассматривается как внутренний конфликт (Pollock и Andrews, 1989). С помощью типичных защитных механизмов подавляется перенос, избегание и символизация.

Модели КБТ

(см. соответствующую часть главы)

5) Дифференциальная диагностика и коморбидность

Прежде всего, необходимо исключить соматическое заболевание. Избегание мест, где больным может стать плохо и откуда нет возможности быстро убежать, встречается у людей, страдающих болезнью Паркинсона, болезнью Крона, рассеянным склерозом, синдромом Меньера ишемической болезнью сердца. Если, однако, избегающее поведение значительно превышает тяжесть соматического заболевания, диагностируется коморбидность соматики и агорафобии.

Необходимо отличать агорафобию от расстройства настроения, при котором больные не в состоянии куда-либо перемещаться из-за депрессии, а не из-за возможной панической атаки.

Избегание подобных ситуаций иногда появляется при социальной фобии. Больному мешают взгляды других людей и страх того, что он опозорится. Следовательно, он не беспокоится о своем здоровье или жизни.

Аналогичным образом избегающее поведение, подобное агорафобическому, может быть частью тревожного расстройства, однако причина такого поведения, как правило, другая, чем при агорафобии. (Например, пациентка с фобией собак избегает магазинов, потому что перед магазинами иногда бывают привязаны собаки). При диагностике специфической фобии решающую роль может играть природа страха (Например, фобия лифта может быть связана со страхом, что лифт упадет (специфическая фобия) или в лифте возникнет паническая атака. Подобным образом больной, страдающий обсессивно-компульсивным расстройством, из-за опасения загрязнения (контаминации) может избегать общественного транспорта. Пациент, страдающий ипохондрическим расстройством, боится оказаться в тех местах, куда не сможет приехать «скорая помощь». Тщательное обследование и анализ проблем, как правило, помогает выявить эти причины.

Иногда симптомы агорафобии появляются у больных с шизофреническим расстройством. В этом случае они связаны с типичными психотическими симптомами.Дифференциальная диагностика:

- — расстройство настроения;
- — социофобия, специфическая фобия, ПТСР ОКР, ГТР;
- — зависимость от наркотических веществ (алкоголь, психостимуляторы, кокаин);
- — соматические расстройства (болезнь Паркинсона, демиелинизирующие заболевания, обструктивная болезнь легких, кожные заболевания, гипертония);
- — психотические расстройства шизофренической области.

Коморбидность с другими психическими расстройствами при агорафобии — это явление, затрагивающее примерно 84 % пациентов (Kaplan и Sadock, 1998).

Чаще всего агорафобия идет в паре с ПР (50—90 %) (если эти заболевания вообще можно отличить). Кроме того, в качестве коморбидного часто возникает *депрессивное расстройство* (40—80 % больных, с течением времени появляется депрессивный эпизод), специфическая и, социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, дистимия, ипохондрическое расстройство и ГТР). Присутствует относительно высокий риск суицида, который значительно увеличивается при коморбидности с депрессивным расстройством (McNally, 1994). Критерии для расстройства личности (особенно для избегающего и зависимого) составляют 25—60 % больных. Часто диагноз «расстройство личности» исчезает после успешного лечения агорафобии. Осложняющим фактором является злоупотребление алкоголем или веществами, вызывающими зависимость (Shear, 1997). Прекращение приема алкоголя, абстинентный синдром, наркотическая интоксикация (часто после курения марихуаны) могут ускорить агорафобию. Коморбидность при агорафобии:

1) она скорее правило, чем исключение,
2) при ПР в 50—90 % случаев,
3) при депрессивном расстройстве в 40—80% случаев,
4) реже при специфической фобии, социофобии и ОКР,
5) отвечает критериям расстройства личности (избегающего и зависимого) — 25—60 %,
6) часто осложняется злоупотреблениями, а также ятрогенной зависимостью от бензодиазепинов.

6) Развитие агорафобии

Агорафобия обычно появляется после 30 лет, редко после 45 лет. Агорафобия без лечения имеет хронический и колеблющийся характер. У 30—40 % больных с возрастом симптомы полностью исчезают, примерно у 50 % остаются долгосрочные симптомы, которые затрагивают их лишь частично, у 10—20% такое состояние поддерживается много лет и приводит к инвалидности. Лечение успешно 50—70 % пациентов; следующие 20 % имеют небольшое улучшение (Ballenger, 2000). Рецидивы после прекращения медикаментозного лечения очень распространены; в течение года новые симптомы появляются у 40—60 % больных. Количество восстановленных пациентов составляет 25—75 % на первом и 2-м году катамнеза (Faravelli и др., 1995). После успешной психотерапии рецидивы возникают только у 10—15 % пациентов (Barlow, 1997; Shear, 1997). В одном исследовании в течение 5 лет, однако, остались в стадии ремиссии только 10—12 % пациентов и 30 % — в другом исследовании. Половина пациентов чувствуют себя не очень хорошо. Часто времени они испытывают незначительные симптомы, у них чередуются периоды с наличием или отсутствием симптомов (Katschnig и др., 1991). После диагностики и лечения у большинства пациентов происходит функциональное улучшение. После качественной бихевиоральной терапии подавляющее большинство пациентов вступают в период хорошей ремиссии (Barlow и др., 1989), у 75 % пациентов улучшение поддерживается после 6 лет катамнеза (O'Sullivan и др., 1991).

Психосоциальными следствиями агорафобии часто бывают потеря работы, семейные и финансовые проблемы, а также сексуальные нарушения. Основным ри-

ском для здоровья является развитие депрессивных эпизодов и употребление веществ, вызывающих зависимость, что может значительно повысить риск суицида (McNally, 1994).

8.2.3.2. Агорафобия с точки зрения КБТ

Современная модель агорафобии объединяет бихевиоральные и когнитивные элементы. Эта модель основана на том, что страх имеет адаптивную функцию (Beck и др., 1985). Например, избегать открытых пространств (открытое поле) адаптивно для животных, которые боятся хищников (тоже для первобытного человека). Переживать беспомощность в ситуации между людьми — значит быть в невыгодном положении. Эти страхи врожденные, имеют адаптивное значение. Причину появления в ситуациях, которые фактически не являются угрожающими, пытается объяснить модель КБТ.

КБТ сосредоточена на факторах, которые в первую очередь приводят к поддержанию малоадаптивного страха и избегающего поведения. В следующем разделе обсудим межличностные бихевиоральные и когнитивные факторы, которые играют важную роль в развития и поддержании агорафобии.

1) Бихевиоральная модель

Агорафобия может возникнуть посредством прямого или опосредованного обусловливания. При прямом обусловливании устанавливается связь между страхом и конкретной ситуацией на основе собственного опыта: возникает условное взаимодействие панической атаки с агорафобичной ситуацией (Možný a Praško, 1999). При опосредованном обусловливании больной боится определенных ситуаций косвенно, наблюдая страх других, получая информацию или поучение от других лиц. В процессе генерализации страх распространяется на другие подобные ситуации. Усвоенное избегающее поведение приводит к немедленному снижению тревожности, с помощью механизма оперантного обусловливания поддерживает агорафобию. Бихевиоральные терапевтические методы ориентированы, прежде всего, на постепенное устранение избегающего и защитного поведения.

2) Когнитивная модель

Первый неприятный опыт в агорафобической ситуации происходит чаще всего в периоды больших нагрузок (сепарация или потеря, рождение ребенка, переезд на новое место жительства, новая работа, конфликт в семье, стрессовые жизненные события, соматическая болезнь), если больной почувствует тревогу, тошноту, другие физические признаки стресса в ситуации, когда трудно от нее уклониться. У части больных, однако, подобную преципитирующую ситуацию нельзя определить. Когда больной эти симптомы интерпретирует катастрофически («Потеряю сознание. Умру. Потеряю контроль над собой и буду кричать. Описаюсь и буду вонять»), может развиться антиципационная тревога с соответствующим когнитивным компонентом («В следующий раз у меня будут такие же проблемы в данной ситуации»). Тревога приводит к мыслям, которые провоцируют избегающее («Лучше я туда не пойду. Если мне там станет плохо, я этого не выдержу») или защитное («Я могу пойти туда только с матерью») поведение.

Автоматические мысли и представления

При агорафобии можно встретиться с типичными мыслями и представлениями: «Что, если я снова упаду в обморок? У меня опять начинается это состояние! Потеряю сознание, и никто мне не поможет! Это убьет меня! Я должен срочно уйти!». Мысли бывают разными: «Я пробираюсь через толпу и задыхаюсь», «Не смогу найти туалет и описаюсь», «Буду лежать на улице, люди пройдут мимо меня и подумают, что я пьян». Эти мысли вызывают чувство угрожающей катастрофы, неизбежного, трагического завершения, потери самоконтроля. Несмотря на то что в транспорте, в супермаркете и на открытых пространствах, как правило, много людей, которые в случае необходимости всегда помогут больному, он боится оказаться в этих ситуациях. Большую роль играет стыд за проявленные симптомы и страх быть отвергнутым («Они подумают, что я пьян, перешагнут через меня, и никто мне не поможет!»). Бек (1985) отметил, что причиной тревоги высокая вероятность того, что произойдет неприятное событие. Определенную роль играет убеждение, что реакция страха будет иметь катастрофические последствия («Они будут на меня смотреть с презрением!»), неуверенность в своей способности справиться с ситуацией («Я не в состоянии нормально реагировать!») и неверие в то, что другие будут готовы помочь («Все меня бросят, беспомощно запаникуют и убегут»). Другие когниции могут касаться страха отделения от других (««Скорая» меня отвезет в больницу, где не будет мужа и близких. Это будет ужасно!»).

Малоадаптивные убеждения

Агорафобичные АНМ, вероятно, не возникли бы, если бы дискомфорт (преципитирующее событие) возник у человека, который раньше не имел фиксированных малоадаптивных представлений о своей уязвимости и поведении других людей: «У меня должно быть все под контролем, в противном случае, существует риск катастрофы! При таком сердцебиении мне угрожает перегрузка или сердечный приступ! Я никогда не должен показывать свою слабость! Если другие люди увидят мою слабость, они отвергнут меня и не помогут! Я должен постоянно знать, что со мной происходит, чтобы вовремя убежать, если будет происходить нечто опасное! Если я буду думать об опасности, то лучшим образом смогу ее избежать. Это спасет меня!»

Дисфункциональные схемы

В памяти человека хранятся малоадаптивные схемы по поводу себя, других и мира, которые возникли в детстве (см. главу о малоадаптивных схемах).

Примеры типичных малоадаптивных когниций при агорафобии

	Вероятность	Значение	Освоение	Защита
Автоматические мысли	Я точно потеряю сознание!	Все закончится ужасно. Я умру или сойду с ума!	Я там описаюсь и не буду знать, что мне делать!	Никто мне не поможет! Все будут смеяться надо мной!
Малоадаптивное убеждение	В таких ситуациях я реагирую всегда одинаково!	Неприятные физические симптомы приводят к смерти!	Я должен избегать того, с чем я не могу справиться!	Я никогда не должен показывать, что я слаб и беспомощен!
Дисфункциональные схемы	При любом затруднении я всегда терплю неудачу	Со мной случаются самые ужасные вещи!	Я беспомощен!	Люди презирают неспособных!

Эмоции, поведение и физические реакции

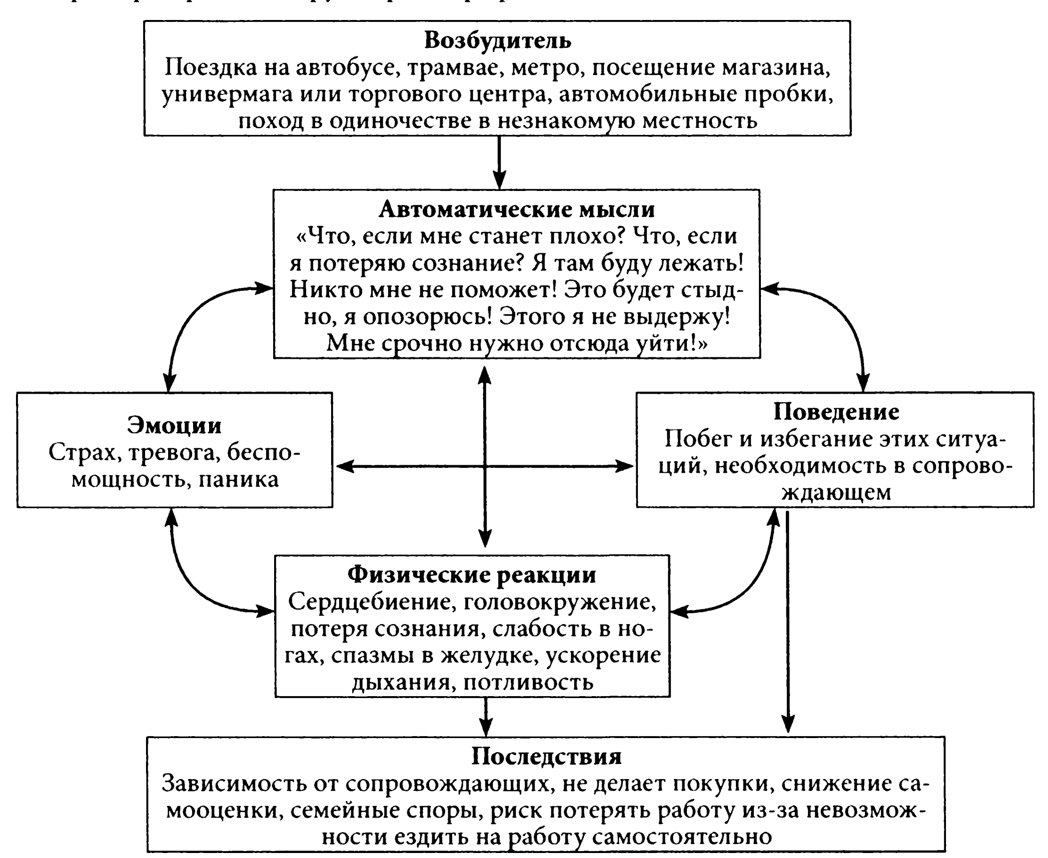
Типичными эмоциями в тревожных ситуациях являются стресс, страх, паника, стыд и сильное желание убежать. Вне их возникают стыд, эмоциональная лабильность, подавленное настроение и антиципационная тревога (больные уже заранее боятся того, что с ними произойдет).

Пациент, страдающий агорафобией, может чувствовать все физические симптомы, типичные для тревоги, — сердцебиение, учащенное дыхание, стеснение в груди, удушье, ригидность мышц, тремор конечностей, слабость в ногах, головокружение, спазмы желудка, позывы к мочеиспусканию или испражнению.

Типичным поведением является стремление как можно быстрее изменить ситуацию: пациент начинает хаотически бегать или замирает, не в состоянии двигаться или говорить. Другой тип поведения защитное. Пациенты имеют при себе бензодиазепины, трость, сумки на колесах, везут коляску, стараются ходить вдоль стены, иметь рядом сопровождающего.

Порочный круг

Пример порочного круга при агорафобии (Prašková и Praško, 1999)



Отдельные симптомы образуют порочный круг, поддерживающий агорафобию, укрепляет уверенность в том, что с ситуацией невозможно справиться. Тревожные мысли усиливают испытуемые эмоции, которые в свою очередь увеличивают интенсивность физических симптомов. Физические симптомы снова

подкрепляют тревожные мысли. Антиципационная тревога вызывает физические симптомы уже при представлении «угрожающей» ситуации, что больной не способен контролировать себя. Развивается так называемый страх перед страхом.

3) Межличностные факторы агорафобии

Невольно способствовать агорафобии посредством своего поведения могут люди, которые находятся с больным в тесном контакте. Они вместо него выполняют определенные обязанности и помогают не сталкиваться с угрожающими ситуациями. Этим они поддерживают его самоконцепцию неспособного и позволяют реализовывать вторичные выгоды.

Муж отвозит жену на работу, потому что она не в состоянии сама доехать; вместо нее делает покупки в магазин и т.д. С одной стороны, такое поведение очень гуманно, здесь очевидна помощь партнеру, который мучается. С другой стороны, это поддерживает тревожное расстройство. Кроме того, каждый защитный жест снижает самооценку жены и укрепляет ее склонность к катастрофизации: «Сама я с этим не смогу справиться. Даже муж не верит в то, что я с этим смогу справиться».

Пациент с агорафобией может чувствовать чрезмерную привязанность к партнеру, который его защищает. Это может привести к тому, что больной не будет в состоянии открыто выражать остальные потребности, он должен подчиняться и уступать даже тогда, когда этого делать не хочет (например, всегда положительно отвечать на сексуальные потребности своего партнера). Это приводит к неудовлетворенности в отношениях, возникает сильная амбивалентность. Пациент зависим и во многом подчиняется но одновременно воспринимает своего партнера с антипатией. Создается впечатление безвыходности, человек не может оставаться один.

Агорафобия может привести к открытым партнерским и семейным конфликтам. Требование от партнера, чтобы он везде сопровождал больного, ограничивая остальных членов семьи в путешествии (например, поехать в отпуск), а также избегание кинотеатров, концертов, требование того, чтобы покупки делал кто-то другой из семьи, — все это может разрушать семью.

Агорафобия может значительно осложнять личную жизнь и рабочую ситуацию. Например, для свободной женщины это может означать невозможность познакомиться с кем-либо, на работе могут возникать конфликты с работниками, которые отказываются идти вместо больной в магазин или выполнить другие ее просьбы.

4) Когнитивно-бихевиоральная модель

На основе врожденной (генетические факторы, пренатальные и перинатальные факторы) и приобретенной (преждевременная сепарация, негативный опыт в детстве, чрезмерная зависимость от родителей) диспозиции развились малоадаптивные предположения о физических симптомах, их катастрофических последствиях, о собственной неспособности справиться со стрессовыми ситуациями, а также о желании получать помощь от других. Эти предположения неактивны, пока не произойдет преципитирующее событие. В начале развития агорафобии имеет место определенный неприятный опыт, связанный с сильным чувством тревоги, деперсонализацией и физическими симптомами. У уязвимого челове-

ка совершается катастрофическая интерпретация происходящего. Таким опытом может стать единичный случай панической атаки, но ортостатический коллапс в жаркий день, гипогликемия, тошнота или другое событие, вызвавшее у больного тревогу. Чаще всего это связано с межличностной стрессовой ситуацией, перегрузкой или физической болезнью. Стрессовый опыт запускает тревожное реагирование «борьба или бегство» и его физиологическими компонентами. Ситуация, как правило, на не является опасной, речь идет о ложной тревоге. Обращает на себя внимание либо ярко выраженная тревога, либо физические проявления стресса, которые катастрофически интерпретируются («У меня сердечный приступ! Я теряю контроль над собой. Я сошел с ума!»). Больной начинает бояться мест и ситуаций, которые ему чем-то напоминают прежнюю ситуацию или откуда он при возможном возникновении паники или тошноты не сможет убежать. Если жизненные обстоятельства позволяют ему это, он начнет избегать таких ситуаций, а если невозможно, то испытывает в них сильную тревогу. Избегающее поведение распространяется на другие ситуации, вера в то, что произойдет нечто ужасное, становится все более сильной. Со временем больной все меньше верит в то, что сможет справиться самостоятельно. Таким же образом, укрепляется его убеждение, что в случае недомогания ему никто не сможет помочь, он опозорится. Поэтому в случае вероятного воздействия такому больному необходимо иметь сопровождающих людей, которым он доверяет и которые его не бросят. Защитное поведение может привести к вторичным выгодам, таким как повышенное внимание близких, освобождение от неприятных обязанностей (рис. 8.20).

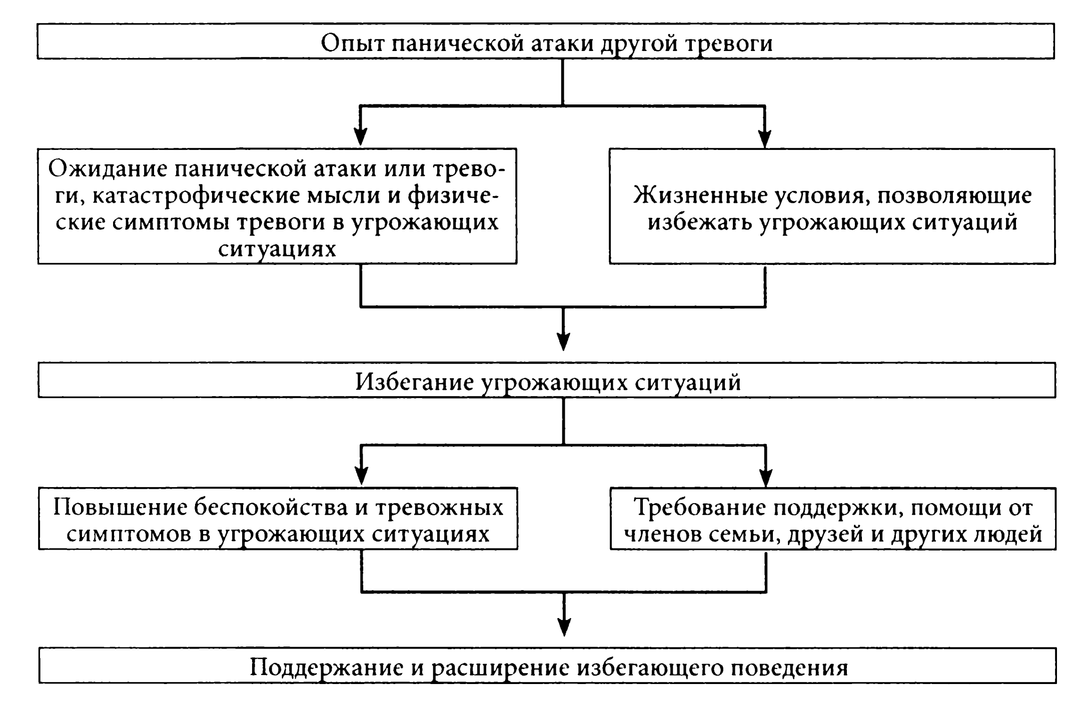


Рис. 8.20. Когнитивно-бихевиоральная модель развития агорафобии (Craske и Barlow, 1997)

5) Исследование эффективности КБТ

Результаты исследований КБТ при агорафобии весьма обнадеживающие. Агорафобия хорошо лечится с помощью КБТ. Результаты в отдельных исследованиях колеблются в пределах 75—90 % вылеченных больных (см. обзор Clark, 1996). При двухлетнем катамнезе в большинстве случаев улучшение поддерживается.

Бихевиоральная терапия

Бихевиоральная терапия направлена на образование пациента и проведение экспозиционной терапии. До 1980-х гг. были проведены многочисленные исследования, которые показали, что лечение пациентов в естественных условиях более эффективно по сравнению с лечением с помощью плацебо. Очень хороший клинический эффект был достигнут у 60—70 % пациентов (Barlow, 1988; Mavissakalian и Barlow, 1981), хотя полностью вылеченных больных было 40 %. Пациенты, как правило, избавлялись от избегающего поведения, но не от панических атак (см. обзор Barlow, 1997).

Когнитивная терапия

В отличие от бихевиоральной, когнитивная терапия фокусируется на когнитивной реструктуризации и бихевиоральных экспериментах. Бек (1992) на протяжении 8 недель сравнивал когнитивную терапию с поддерживающей психотерапией. При когнитивной терапии состояние 71 % пациентов значительно улучшилось по сравнению с 25 % пациентов, проходивших поддерживающую психотерапию. Блэк (1993) сравнивал эффект флувоксамина, когнитивной терапии и плацебо у пациентов с ПР и агорафобией. После 8 недель произошло улучшение, по крайней мере, у 68 % пациентов, принимавших флувоксамин, у 53 % пациентов, проходивших когнитивную терапию, и у 20 % больных, получавших плацебо. Clark (1994) сравнивал лечение с помощью когнитивной реконструкции и лечение с помощью прикладной релаксации в сочетании с имипрамином. Когнитивная реструктуризация оказалась значительно более успешной, чем прикладная релаксация и лечение имипрамином, существенная разница наблюдалась и после 12 мес.

Когнитивно-бихевиоральная терапия

С начала 1980-х гг. изменился способ лечения агорафобии. Значительное повышение эффективности произошло, когда к классическому лечению присоединились методы когнитивной реструктуризации, бихевиоральные эксперименты и интероцептивное воздействие на приступы паники. Клоско (1990) сравнивал когнитивно-бихевиоральное лечение (экспозиция и когнитивное реструктурирование) с лечением алпразоламом и плацебо у пациентов с ПР и агорафобией. После 12 недель избавились от панической атаки и избегающего поведения 87 % пациентов, получавших лечение с помощью КБТ, 50 % пациентов, принимающих алпразолам, и 36 % пациентов, получавших плацебо. Краске (1991) в 24-месячном контролируемом исследовании сравнивал влияние КБТ (экспозиция и когнитивная реструктуризация) с прикладной релаксацией. Значительно более эффективным оказалось лечение с помощью КБТ и после 24-месячного катамнеза. Панические атаки прекратились 81 % пациентов, в то время как после релаксации — лишь у 36 % больных. Маграф и Шнайдер (1991) сравнивали эффективность КБТ с изменением состояния у больных, ожидающих лечение. В ходе 12-недельного периода с помощью использования КБТ произошло значительное клиническое улучшение

у 91 % пациентов, в то время как у пациентов в ожидании лечения — лишь у 5 %. Телч и (1993) сравнивал группу пациентов, прошедших курс КБТ, с группой больных, ожидающих терапию. После 12 недель лечения существенно улучшилось состояние у 85 % пациентов, получавших лечение с помощью КБТ, и только у 30 % пациентов, ожидающих лечение. Ост (1993) сравнивал КБТ с прикладной релаксацией у больных с ПР с агорафобией или без нее. КБТ оказалась существенно более эффективной как после 12 недель лечения, так и после 12 мес., когда у 89 % пациентов, проходивших КБТ, не осталось никаких проблем, и у 74 % пациентов, получавших лечение с помощью прикладной релаксации.

Craske (1995) попытался снизить количество терапевтических сеансов в КБТ с 12 до 4. Эту короткую интервенцию он сравнивал с недирективной психотерапией также в 4 сеансах. Краткая версия КБТ привела к улучшению у 53 % пациентов, в то время как недирективная психотерапия — только у 8 % пациентов.

Анализ долгосрочных эффектов показал, что интервенция при КБТ очень успешна и в долгосрочной перспективе. Барлоу (1997) подвел итоги 12 контролируемых исследований, проведенных в 1990-е гг., которые сравнивали КБТ с другими видами лечения (с фармакотерапией и с другими психотерапевтическими подходами). В большинстве исследований КБТ была значительно эффективнее, чем альтернативные подходы, в том числе фармакотерапия и альтернативные варианты психосоциального лечения. Катамнез, который был проведен через 6—24 мес. показал, что результаты сохранились только при КБТ.

Экспозиция в естественных условиях

Наиболее эффективным методом лечения агорафобии считается экспозиция (воздействие) в естественных условиях. Речь идет о повторной конфронтации с ситуациями или объектами, которых пациент избегает. Как правило, это типичные агорафобические ситуации: транспорт, магазины, церкви, кинотеатры, театры и другие места, где возникают очереди или где большое скопление людей. Воздействие на эти угрожающие ситуации приводит к улучшению или исчезновению агорафобии у 60—70 % больных (см. обзор Jansson и Ost, 1992). Эффект сохраняется даже после четырехлетнего катамнеза. Тем не менее, 30—40 % пациентов получают при экспозиционной терапии минимальную выгоду. Якобсон (1988) в обзоре приходит к выводу, что у 50 % пациентов после лечения состояние улучшается, но только у 25 % больных в течение следующих 2 лет не возвращается агорафобия. У 50 % из них происходит короткий клинической рецидив, однако при дальнейшем лечении происходит быстрое устранение симптомов. На основании этой ситуации была изучена эффективность различных видов воздействия.

Массивная экспозиция против градуированной экспозиции

Интенсивная терапия может проводиться в течение 3—4 ч в день 5 дней в неделю. Долгосрочное непрерывное воздействие, как правило, считается более эффективным, чем краткосрочное или прерывистое воздействие (Marshall, 1985). Оптимальное количество повторного воздействия неизвестно. Фоа (1980) сравнивал воздействие 10 еженедельных сеансов с 10 ежедневными сеансами с на реальные ситуации у 11 пациентов, страдающих агорафобией. Лучший эффект имела массивная экспозиционная терапия. Тем не менее, Барлоу (1988) утверждает, что необходимо отдать предпочтение градированной экспозиции: при массивной

экспозиции несравненно большее количество пациентов прекращают лечение, частота рецидивов намного выше (Hafner, 1976; Jansson и Ost, 1982); и быстрое изменение представляет стресс для семьи. Результаты исследования Chambless (1990) с участием 36 пациентов, которые были разделены на группы с массивной и градуированной экспозицией, показывают, что оба метода одинаково эффективны как непосредственно, так и через 6 мес. катамнеза. Все пациенты в данном исследовании прошли 10 сеансов дифференцированной экспозиции в естественных условиях с обучением успокаивающему дыханию и применением методов отвлечения внимания. Градуированная экспозиция проводилась раз в неделю, массивная — каждый день. Пациентов, не завершивших лечение, в обеих группах было одинаковое количество.

Сравнение градуированной и массивной экспозиции

Фейгенбаум (1988) сравнивал краткосрочный и долгосрочный результаты массивного и градуированного воздействия. Обе процедуры проводились в течение 6—10 дней. Группа, которая лечилась с помощью массивной экспозиции ($n = 25$), подвергалось ситуации, которую на основании созданной иерархии пациенты больше всего избегали. Группа с градуированной экспозицией ($n = 23$) начала работу легких ситуаций. Это были пациенты, которые страдали от тяжелой агорафобии, не менее у трети из них жизнь была ограничена стенами дома. После лечения и при 8-месячном катамнезе оба вида воздействия оказались одинаково эффективными (как это ни парадоксально, больные из группы с градуированной экспозицией заявили, что лечение для них было еще более напряженным). Тем не менее, через 5 лет более успешной оказалась массивная (недифференцированная) экспозиция: 76 % больных из этой группы полностью освободились от симптомов, в то время как в группе с градуированной экспозицией это наблюдалось только у 35 % больных. Как видим массивный подход очень успешен, по крайней мере, когда расположен в целенаправленном формате. В какой степени это можно перенести на градуированный формат, до сих пор неясно.

Сравнение контролируемого ухода и выносливости

Золотое правило воздействия в естественных условиях гласит, что в данной ситуации больного необходимо выдержать до того времени, пока его тревога в значительной степени не снизится (Marks, 1978). Модель эмоциональной обработки, описанная Фоа и Козак (1986), показывает, что долгосрочное ослабление фобического страха зависит от увеличения порога страха и от снижения страха в период между сеансами. Аналогичным образом Маршалл (1985) установил хороший эффект длительного воздействия, которое привело к полному исчезновению тревоги. В отличие от этого, Эммелькамп и Мерч (1982) неоднократно демонстрировали эффективность воздействии, в которых пациенты должны были прекратить экспозицию, когда тревога превысит определенный порог. Аграс, Лейтенберг и Барлоу (1968) опубликовали успешные результаты терапии без длительного нахождения больного в ситуации с высоким уровнем тревожности. Рахман (1986) также получил положительные результаты, работая с пациентами, которые должны были уйти с экспозиции, когда их тревога достигла 70 % максимального балла. Через некоторое время они возвращались в эту ситуацию. Экспозиция прекращалась после нескольких вступлений и возвратов в тот момент, когда тревога в этой

ситуации достигла 50 % максимума. Интересно, что больные из группы, в которой они прерывали экспозицию и уходили, в конце лечения имели больший контроль над ситуацией, чем из группы, которая не прерывала экспозицию. Результат в обеих группах был, за исключением этого факта, одинаковым: воздействие максимального страха необязательно должно быть основным действием для достижения терапевтического эффекта.

Описанная модель терапевтического изменения Бандуры (1977) подчеркивает, что завершение работы и / или повышение доверия к собственной деятельности важнее, чем смягчение страха или габитуация. Этот метод в большей степени направлен на повышение уверенности больного справиться с ситуацией, чем только на воздействие некоторых стимулов и ситуаций. Концепция безопасных сигналов (Rachman, 1984) не подчеркивает степень тревоги во время экспозиции. Рахман уверен, что практику воздействия поддерживает включение безопасных сигналов. Например, посещение торгового центра с терапевтом, ожидающим на улице; пациент может перемещаться на определенном расстоянии от терапевта (сигнал безопасности). Сартори (1989) сравнивал экспозицию сигналов безопасности (n = 9) со стандартной экспозицией (n = 10) при агорафобии в течение 4 сеансов, проведенных терапевтом, и 2 недель самостоятельного обучения. Небольшое преимущество имела группа с сигналами безопасности, особенно во второй фазе терапии, когда пациенты обучались самостоятельно. Хотя речь шла о небольшом количестве больных различие было незначительным, результаты показывают, что воздействие может быть эффективным без вызова высоких уровней страха. Согласно Барлоу (1988) эти результаты предполагают модель эмоциональных изменений, которые при экспозиции подчеркивают важность контроля над ожидаемым событием и подавления тенденции убежать от ситуации.

Отвлечение внимания

Фоа и Козак (1986) подчеркивают, что экспозиция наиболее эффективна, когда пациент полностью сосредоточен на объекте фобии, а внутренние и внешние раздражители слабые. Краске (1989) использовал экспозицию под руководством терапевта и самостоятельное воздействие для больных агорафобией, в 11 сеансах. 16 пациентам было поручено во время воздействия обратить внимание на физические ощущения и мысли, а затем использовать технику «Стоп» для того, чтобы остановить мысли, отвлекающие внимание. Для второй группы, состоящей из 14 пациентов, был использован метод отвлечения внимания (использование словесного ритма и произношение слов по буквам) и метод «Стоп». После лечения эти группы не особенно различались, однако катамнез показал, что состояние пациентов, которые были сосредоточены на симптомах страха, не отвлекались от них, в дальнейшем улучшалось, в то время как состояние пациентов, которые отводили свое внимание, немного ухудшилось.

8.2.3.3. Лечение агорафобии

Основным методом лечения агорафобии является экспозиционная терапия. Она проводится в рамках фармакотерапии (Prašková и Praško, 1999), где пациент постоянно сталкивается с ситуациями, которых он опасается, как части КТБ (Možný a Praško, 1999) или психодинамической психотерапии, которая дополнена бихевиоральной стратегией (Milrod и др., 1997). Проводить терапию без фарма-

цевтических препаратов можно в случае, если это является желанием пациента, если имеется легкая или средняя тяжесть агорафобии и нет других сопутствующих психических расстройств (за исключением ПР). При очень тяжелой форме агорафобии, которая длится 5 и более лет, при коморбидности с депрессивным расстройством, дистимией, другим тревожным расстройством или расстройством личности, необходима комбинация КБТ и лечения с помощью антидепрессантов. Возможно добавление антидепрессантов в случае, если после 12-недельной КБТ (16 сеансов) у пациента нет значительного улучшения.

Фармацевтическое лечение подробно описано в главе о ПР. В качестве оптимальных препаратов рассматривается группа СИОЗС, но описаны проблемы при их приеме пациентами с агорафобией. Фукс (1993) установил, что у 9 % пациентов, принимавших флуоксетин, прекратились симптомы депрессии, несмотря на удовлетворительную реакцию после приема анксиолитических препаратов у пациентов без истории депрессии. Проблемы исчезли только после замены флуоксетина другим антидепрессантом. Блэк (1993) описал симптомы абстиненции у 86 % пациентов после резкого прекращения приема флувоксамина. Эти симптомы (головокружение, нарушение координации, головная боль, тошнота и раздражительность, достигли максимума на 5-й день после прекращения приема препарата. Трициклические антидепрессанты плохо переносятся. Многие пациенты, по этой причине перестают их принимать.

Фармакологическое лечение следует начинать с малых дозировок, особенно если речь идет о СИОЗС или трициклических антидепрессантах, и титровать их в течение нескольких недель. Дозировка должна подниматься до уровня обычной дозировки антидепрессантов. Когда пациенты получают недостаточную дозировку препарата, лечение не приносит результата (Jefferson, 1997). Мависсакалина и Перел (1992) сравнили 18 и 6-месячный курсы лечения. Чем дольше лечится пациент, тем меньше рецидивов случается после прекращения лечения.

В качестве основных психотропных препаратов при лечении агорафобии считаются СИОЗС (APA, 2002). Они могут быть введены в виде суточной дозы. В дополнение к хорошей эффективности они имеют мало побочных эффектов, безопасны и не дают зависимости. В начале приема предпочтительно вводить низкие дозы (см. главу о ПР), через неделю медленно повышать до полной дозировки. Терапевтический эффект можно ожидать через 4-6 недель. Если пациент частично реагирует на основную дозу, целесообразно ввести максимальную дозу и продолжать ее прием на протяжении 2 недель (APA, 1998). Если через 6 недель не произойдет эффекта, необходимо заменить препарат. Медикаментозное лечение, как правило, меняют, если у пациента после начального лечения, длившегося в течение 6 недель, не произошло улучшения, в то время как к аугментации приступают только после улучшения, которое после 12 недель лечения было недостаточным. Как и при изменении препаратов, доказательства, свидетельствующие об эффективности аугментационных методов при агорафобии, отсутствуют. Наиболее распространенной стратегией считается введение сильнодействующих бензодиазепинов (Tiffon и др., 1994). Другими возможными, но непроверенными препаратами для аугментации являются β-блокаторы (Shehi и Patterson, 1984), антиконвульсивные препараты, буспирон, бупропион, литий и антипсихотиче-

ские препараты (низкие дозы хлорпротиксена или антипсихотических препаратов второго поколения; (Asmundson и Tailor, 2003).

Для слишком резистентных пациентов назначают комбинацию СИОЗС с трициклическими антидепрессантами (надо учитывать возможные интеракции между медицинскими препаратами и потенцированием нежелательных эффектов) или переводить на ИМАО (Janicak, 1999). В настоящее время этих препаратов на рынке нет. По мнению Яничака (1999), целесообразно пробовать антиконвульсивные препараты.

После завершения лечения, даже если у пациента нет агорафобических симптомов, целесообразно продолжить медикаментозное лечение в течение 12—18 мес. Риск рецидива высок (см. главу о ПР). Могут присутствовать единичные панические атаки, депрессивная или дистимическая симптоматика.

8.2.3.4. КБТ подход к агорафобии

КБТ обычно проводят раз в неделю. Если речь не идет о коморбидности с другими расстройствами, достаточно 12—30 часовых сеансов. Цель первой части лечения — облегчить симптомы, второй части — решить жизненные проблемы и скорректировать малоадаптивные схемы.

1) Когнитивно-бихевиоральное обследование

Ориентировочное и комплексное обследование описано в общей части книги. При агорафобии обследование специфическим образом направлено:

1. на ситуации, которые вызывают страх или которых пациент избегает;
2. на то, как страх происходит, каковы типичные когниции, что больше всего беспокоит; какие физические реакции появляются, происходят ли панические атаки;
3. на защиту от страха, изучение больным некоторых методов;
4. на антиципационное ожидание;
5. на то, что модифицирует страх (лекарственные препараты, алкоголь, другой человек);
6. на то, в чем агорафобия ограничивает жизнь (работа, семейная жизнь, свободное время).

Диагностические методы и обследование:

1. Для установления диагноза, как правило, достаточно планового обследования. 2. Для определения проблемы целесообразно использовать анкеты и вопросники (анкета страха, SCL-90, анкета избегающего поведения, шкала тревоги Шихана, Гамильтона или Бека, шкала нарушения жизни Шихана). 3. Для исключения соматических причин необходим внутренний осмотр и рутинные лабораторные обследования, включая ЭКГ. 4. Для более сложной дифференциальной диагностики, целесообразно провести ЭЭГ и неврологическое обследование, КТ обследование при подозрении на органическое поражение головного мозга.

В дополнение к психиатрическому обследованию необходимо получить подробную медицинскую историю соматики и физически обследовать пациента для исключения соматической основы проблем.

Вспомогательной самооценивающей шкалой является Анкета страха (Marks и Mathews, 1979), которая включает фобические ситуации, в том числе агорафобические (см. общую часть книги). Пример оценки агорафобии

1. Топография тревоги

- Ощущение. Парестезия, нехватка дыхания, потливость, сердцебиение.
- Частота. Всегда при воздействии на ситуацию (транспортные средства).
- Продолжительность. Пока не убежит, но дольше всего выдержала, находясь 10 мин в трамвае.
- Преждевременные опасения. Думает об этом 50 % своего времени.

2. Антецеденты

- Ситуация. Торговые центры, очередь в магазине, рестораны, трамвай, автобус, метро, кинотеатр.
- Внутренние физические. Изменение частоты сердечных сокращений, беспокойство, чувство потери сознания.
- Внутренние когнитивные. Мысли о том, что она перестанет себя контролировать.
- Внутренние эмоциональные. Тревожность.
- Действия. Длительное стояние на одном месте, пребывание в тесном помещении.
- Стимуляторы. Кофе.

3. Тревожные мысли

- О физических симптомах. «У меня из-за этого может случиться инфаркт!»
- О психических симптомах. «Я перестану себя полностью контролировать, сойду с ума».
- О социальных последствиях. «Я опозорюсь перед людьми, когда упаду в обморок. Они подумают, что я пьяна. Никто мне не поможет».

4. Бихевиоральная реакция на тревогу

- Побег. Быстрый побег из магазина, из транспортного средства.
- Поиск необходимой помощи. У мужа или у матери.
- Защита. Быть дома, принять оксазепам.

5. Бихевиоральная реакция при ожидании тревоги

- Избегание ситуации. На протяжении 3 лет не пользуется транспортными средствами, делает покупки только в небольших магазинах, не ходит на работу, не ездит в отпуск, не ходит в гости.
- Избегание деятельности. Не водит машину, не ходит на работу.
- Когнитивное избегание. Приложение усилий, чтобы не думать о тревоге.
- Сигналы безопасности. Носить с собой неурол, пребывание в квартире.

6. Последствия

- Семья. Муж решает все дела, делает покупки в магазине. Когда ему все надоедает, упрекает жену. Далее следуют ссоры.
- Работа. В связи с агорафобией остается дома он справляется с немногими домашними делами, ей это не приносит радость.
- Свободное время. Проводит дома.
- Социальные. Значительно ограничен контакт с людьми вне семьи.

7. Общая тревога.

- Трудности с концентрацией внимания, проблемы с засыпанием, головная боль, множественные проявления диареи.

2) Оценка и измерение агорафобии

Бихевиоральный анализ может быть дополнен короткими самооценивающими анкетами, которые проясняют тяжесть симптомов. Шкала тревоги Бека (BAI) оценивает общий уровень тревожности и ориентирует на изменения в процессе лечения. Шкала тревожности Шихана более подробная включает пункты, непосредственно связанные с панической атакой и избегающим поведением. Анкета мобильности при агорафобии описывает 26 общих ситуаций и мест. Больной на шкале 1—5 оценивает степень своего поведения. Анкета помогает определять агорафобические ситуации, общий балл не имеет особого значения. Для исследовательских целей используется специфичная шкала для оценки агорафобии и ПР (Panic Disorder Severity Scale, PDSS; Shear и др., 1997), а также избегающего поведения.

Частью основного обследования пациента является создание иерархии страха и избегающего поведения, основанной на детальном описании обстоятельств, вызывающих страх. Чаще всего терапевт с пациентом создают шкалу (10 пунктов), на которой пациент отмечает степень страха и избегающего поведения (в процентах или побалльно). Важно иметь подробное описание катастрофических когниций (мыслей и представлений) и физических реакций, которые связаны со страхом (Schneier и др., 1996), установить причины развития фобии и последствий избегающего поведения, которые могут выступать в качестве удерживающего фактора, как и вторичная выгода.

Избегающее поведение можно оценивать с точки зрения ограничения функционирования от легкой степени через среднюю до тяжелой. Легкая степень: человек боится перемещаться в одиночку на большие расстояния, но он в состоянии доехать до работы; если посещает кинотеатр, то предпочитает сидеть с краю. Средняя степень: пациент в состоянии перемещаться в радиусе 10 км от дома, но только в сопровождении другого человека; покупки осуществляет в небольших магазинах, избегает супермаркетов, езды на автобусе или на поезде. Тяжелая степень: человек почти не выходит из дома.

У некоторых больных степень страха с течением времени остается неизменной. У других происходит спонтанное улучшение или ухудшение. Степень избегания при агорафобии различна. Более высокая степень избегания наблюдается у женщин.

3) Задачи и цели, план лечения агорафобии

Главная цель лечения агорафобии заключается в устранении избегающего поведения и уменьшении тревоги в тех ситуациях, которых пациент опасается. Следующий шаг — помощь пациенту при изменении его жизненной ситуации, связанной с этим заболеванием. В долгосрочной перспективе целью терапии является предотвращение нового возникновения ситуативной тревожности и избегающего поведения, а также вторичных последствий, таких как злоупотребление алкогольными напитками, применение бензодиазепинов или других веществ, вызывающих зависимость, и профилактика депрессии. Для достижения этих целей, в первую очередь необходимо создать хорошие терапевтические отношения, которые позволят установить конструктивное сотрудничество с пациентом, независимо от того лечится ли он с помощью психотерапии либо фармакотерапии.

Схематично общие цели лечения

1.	создание терапевтических отношений;
2.	образование пациента (и близких родственников);
3.	установление разумных целей, договоренность о задачах терапии и методах их достижения;
4.	облегчение симптомов тревоги;
5.	постепенное устранение избегающего поведения;
6.	в случае жизненных проблем — их систематическое решение;
7.	поддержание достигнутого прогресса и профилактика рецидивов.

Необходимо конкретизировать цели для пациента на основе выделенных проблем таким образом, чтобы терапевтические действия были направлены на мотивы пациента.

Пример определения конкретных проблем и задач

Проблемы	**Цели**
Я боюсь выходить один за пределы дома, избегаю главных улиц, магазинов, метро, автобусов и трамваев. На работу и с работы меня провожает жена или дети	Я хочу научиться самостоятельно добираться до работы и пользоваться всеми транспортными средствами в городе
Я боюсь сделать жене замечание, когда я с ней не согласен по поводу обращения с деньгами, или по вопросам воспитания детей, потому что я боюсь, что она перестанет везде меня сопровождать	Я хочу иметь возможность сказать жене, когда я с ней не согласен, если она тратит слишком много денег на себя и чрезмерно критикует дочь
Я не хожу в кино, в театр, на концерты, потому что боюсь, что мне в зале станет плохо	В конце лечения я хочу быть в состоянии ходить в кино, в театр, на концерты

4) Терапевтическое вмешательство при агорафобии

Адекватное лечение способно вызвать значительные улучшения для большинства больных. Для облегчения симптомов, в настоящее время, наиболее эффективным считается фармакологическое лечение и КБТ (APA, 1998; Barlow и Brown, 1996; Ballanger и др., 1996; Kaplan и Sadock, 1998; Shear, 1997; Asmundson и Tailor, 2003). Семейная и групповая психотерапия может быть очень результативной, потому что общая социальная ситуация пациентов бывает сложной, часто это расстройство существенно затрагивает семью больного. Динамическая психотерапия особенно часто применяется в случае коморбидного расстройства личности.

КБ-терапевт обычно работает с пациентами, страдающими агорафобией, один раз в неделю и, если не присутствует коморбидность с другими расстройствами, то, как правило, достаточно 10—20 часовых сеансов. Основной целью первого этапа лечения является ослабление симптомов тревоги и уменьшение степени избегающего поведения. Основные шаги КБТ при агорафобии могут быть кратко описаны следующим образом (Praško и Kosová, 1998):

1. Терапия начинается с образовательной части. Пациент получает необходимую информацию об агорафобии с паническим расстройством, а также письменный текст, который кратко повторяет эту информацию (Praško и Prašková, 1998). Модель расстройства описывается на основании симптомов, о которых пациент рассказал при обследовании. Образование осуществляется, в основном, на первых двух сеансах, и проводится совместно с обследованием и оценкой пациента, затем эта информация дополняется на протяжении всего лечения.

2. Затем следует когнитивная реструктуризация — т. е. систематический процесс модификации мыслей с помощью определенных специфических методов. Когда пациент научится распознавать, оценивать, контролировать и изменять свои автоматические мысли, связанные с тревогой в агорафобических ситуациях и при приступах паники, его чувство тревоги уменьшится.
3. На следующем этапе терапия будет сосредоточена на воздействии внешних или внутренних раздражителей. Пациент шаг за шагом воздействует на ситуации, которых он боится. Для этих целей у него создана иерархия ситуаций в соответствии с субъективной сложностью. Когда он успешно справится с конкретной ситуацией, можно будет переходить к освоению более трудной. С воздействием тесно связано обучение техникам релаксационного дыхания и прикладной релаксации, с помощью которых пациент учится снижать свое напряжение и неприятные физические ощущения даже в тех ситуациях, когда попадает в состояние паники.
4. На втором этапе терапии, основное внимание будет уделено решению жизненных проблем пациента, которые связаны с расстройством. Это, как правило, проблемы в отношениях, на работе, а также сексуальные или другие социальные проблемы.
5. В конце терапии необходимо подготовить пациента к самостоятельной жизни и помочь ему узнать, как предотвращать рецидивы.

Пациент может проходить лечение амбулаторно. В этом случае мы можем проводить обучение, когнитивную реструктуризацию, обеспечивать обратную связь в выполнении домашних заданий и тренировать с помощью ролевых игр. Кроме того, некоторые реальные практики могут осуществляться непосредственно в кабинете психотерапевта — самым важным из них является интероцептивное воздействие, которое мы будем обсуждать позже. Тем не менее, выработанные в кабинете психотерапевта сигналы безопасности только в ограниченной мере могут переноситься в реальную среду. Безопасным сигналом является присутствие терапевта, структура сеанса и сам факт, что пациент находится в медицинском учреждении. Пациент также может проходить лечение посредством практики экспозиции в естественных условиях, т. е. в реальных ситуациях в сопровождении терапевта, либо самостоятельно. Экспозиция в сопровождении терапевта может быть выгодной для пациентов, у которых нет поддержки со стороны окружающих для практики экспозиции в естественных условиях. Предполагается, что экспозиция в сопровождении терапевта менее эффективна, чем экспозиция, выполненная пациентом самостоятельно. Гост и Маркс (1987) установили, что структурированная программа, выполненная на основании инструкции при минимальном контакте пациента с терапевтом при лечении агорафобии одинаково эффективна, как и программа, включающая интенсивный контакт с терапевтом. С другой стороны, Холден (1983) установил, что самоуправляемая программа не эффективна у пациентов, страдающих тяжелой агорафобией, которые закрыты дома. Кроме того, терапевтическую программу самопомощи многие пациенты не завершают и преждевременно прекращают лечение. Поэтому в терапии рекомендуется чередовать экспозиции с сопровождением терапевта и самостоятельные экспозиции. В

основном, лечение начинается с экспозиции в присутствии терапевта, а продолжается самостоятельной экспозицией пациента.

Преимуществом КБТ является высокая эффективность и отсутствие побочных эффектов. Около 15 % пациентов отказываются от этого лечения из-за его сложности. КБТ трудоемкий процесс, которому необходимо уделить определенное количество времени, а терапевтам требуется несколько лет для изучения этого метода. Оказалось, что даже краткосрочное обучение КБТ фармакологически ориентированных психиатров значительно повысило эффективность лечения (Ballanger и др., 1996).

Процесс экспозиционной терапии

Смысл и необходимость проведения экспозиции мы должны объяснить пациенту как можно яснее. Следует нарисовать кривую тревоги во время экспозиции (габитуационная кривая) и предупредить его, что целесообразно прекратить экспозицию в тот момент, когда тревога в данной ситуации спадет, по крайней мере, на 50 %.

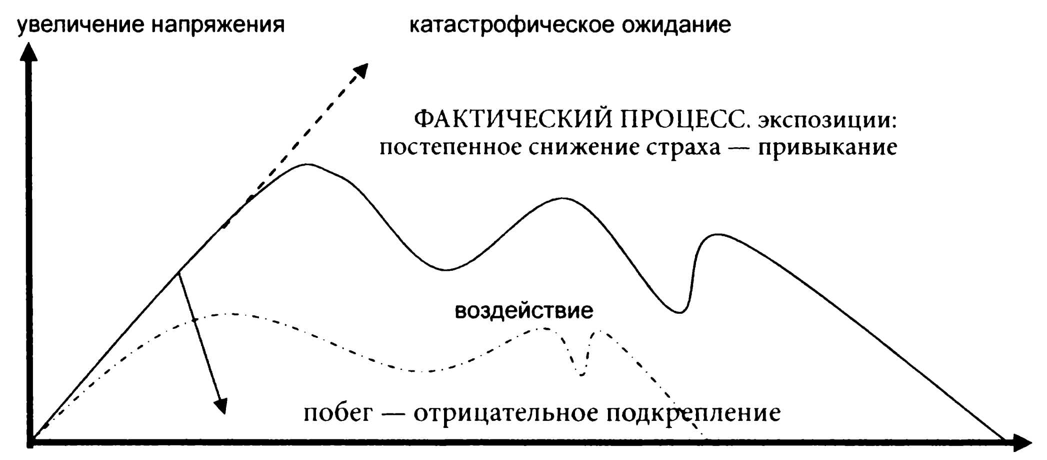


Рис. 8.20. Габитуационная кривая — взлет и падение страха в период воздействия пугающей ситуации

Перед началом экспозиционного лечения необходимо совместно с пациентом разработать иерархию угрожающих ситуаций в соответствии с их трудностью. Затем воздействуем на ситуации, начиная с более простых и переходя к более трудным. Вначале мы можем сопровождать больного при воздействии. Данное действие терапевт может выполнять самостоятельно или поручать обученной медицинской сестре. В дальнейшем, после обучения, в роли ко-терапевтов могут выступить члены семьи больного, а в случае группового занятия — другие пациенты.

Планирование постепенного воздействия

Проблема. Покупки в магазинах Я избегаю покупок в магазинах всех видов, я способна что-либо покупать только в палатке. Я даже не в состоянии войти в торговый зал супермаркета. **Цель.** Научиться делать покупки в магазинах во время часа пик самостоятельно

Шаги.	Степень тревоги.
1) Совершение покупок в небольшом магазине с мужем или сестрой	5
2) Совершение покупок в магазине в одиночку	5,5
3) Совершение покупок в отделе бытовой химии с мужем утром	6
4) Совершение покупок в отделе бытовой химии с мужем во второй половине дня во время часа пик	6,5
5) Совершение покупок в отделе бытовой химии в одиночку в первой половине дня	6.5
6) Совершение покупок в отделе бытовой химии в одиночку во время часа пик	6
7) Совершение покупок в супермаркете с мужем утром — мало людей	7,5
8) Совершение покупок в супермаркете утром в одиночку — мало людей	8
9) Совершение покупок в супермаркете в одиночку во время часа пик	8,5
10) Совершение покупок в торговом центре на первом этаже с мужем	8,5
11) Совершение покупок в торговом центре на этаже с эскалаторами с мужем	9
12) Совершение покупок в торговом центре в одиночку	9.5
13) Совершение покупок в торговом центре в одиночку на верхних этажах	10

5) Проблемы при лечении агорафобии

Основная проблема при лечении агорафобии — страх экспозиционного лечения. При чрезмерном страхе терапевт может помочь, если на первую экспозицию он пойдет вместе с пациентом, хотя на это первоначально будет затрачено много времени. Иногда случается, что пациент увязает в определенной ситуации, на выполнение которой он не может решиться. В этом случае возможным промежуточным этапом является экспозиция с терапевтом, членом семьи больного или с помощью других пациентов. Всякий раз, когда лечение идет медленно, необходимо найти более простые промежуточные решения, которые поддержат пациента.

Иногда может случиться, что пациент во время экспозиционного лечения начинает впадать в дисфорические настроения. Чаще всего это случается у пациентов, которые наряду с КБТ получают медикаментозное лечение. В этот период пациент особенно нуждается в понимании и поддержке. Контрпереносное выражение недовольства, наоборот, деморализует пациента еще больше.

8.2.3.5. КБТ и психофармакотерапия агорафобии

Несколько краткосрочных исследований показало, что комбинация медикаментозного лечения и КБТ более эффективна, чем монотерапия (Zitrin др. 1983; Mavissakalian и Michelson, 1986; Oehrberg и др. 1995). Многие авторы эти результаты ставят под сомнение (Barlow, 1988; Craske и др. 1991). Ньюман (1990) в контролируемом исследовании сравнивали когнитивную терапию в комбинации с медикаментозным лечением (имипрамин) и когнитивную терапию без медикаментозного лечения. После 12 недель улучшение было одинаковым в обеих группах: у 87 % пациентов. Котэ (1992) в контролируемом исследовании сравнивали КБТ + плацебо с КБТ + алпразолам. После 8 недель более эффективным оказалось сочетание КБТ с медикаментозным лечением. Однако, после 12 недель, разница не достигла значительных показателей. После 12 месяцев лечения при комбинации КБТ + плацебо 92 % пациентов оказались без проблем, а в комбинации с медикаментозным лечением 100 % больных не имело никаких проблем. Огерберг (1995) сравнивал пароксетин с плацебо (в то же время, обе группы проходи-

ли КБТ). Комбинация оказалась статистически значимой только на 12 неделе при измерении количества приступов паники и вегетативных симптомов, а не в пределах избегающего поведения.

Гулд (1995) сравнивали эффективность фармакотерапии, КБТ и комбинированного лечения в мета-анализе в 43 контролируемых испытаниях с участием 76 различных терапевтических интервенций. В этом анализе, КБТ имела наибольшую среднюю оценку эффективности (ES = 0,68). Этот эффект был выше, чем у фармакотерапии (ES = 0,47), но ниже, чем в случае комбинации фармакотерапии и когнитивной бихевиоральной терапии (ES = 0,56). Процедуру КБТ не завершило в среднем 5,6 % больных, что значительно ниже, чем число больных при фармакотерапии. Особенно заинтересовало то, что среди методов КБТ наиболее эффективным оказалось сочетание когнитивной реструктуризации и экспозиционного лечения (ES = 0,88).

Также было опубликовано одно контролируемое исследование, сравнивающее комбинацию психодинамической психотерапии с фармацевтическим лечением, которое показало более высокую эффективность комбинации в отличие от монотерапии (Wiborg и Dahl, 1996).

8.2.3.6. Пример агорафобии — I

Первый разговор с Ириной был сложным. Несмотря на то, что она еще не была знакома с врачом, она уже злилась на него. Он же психиатр и обязательно у нее что-нибудь найдет... Ирина обиженно объяснила психиатру, что после безрезультатных попыток врачей помочь ей, в конечном итоге ее отправили к нему (этим она показала, что она психиатра даже не считает врачом). Но она же «нормальная», а не сумасшедшая... плохо ей становится, потому что у нее больное сердце, а не от того, что нервы не в порядке. В итоге, она была готова рассказать немного о себе.

Ирина родилась 3-м ребенком в семье. Старшей сестре Катерине было уже 8 лет, вторая сестра умерла за три месяца до рождения Ирины в возрасте 4 лет от лейкемии. В последний год жизни она больше находилась в больнице, чем дома. У беременной матери надежда чередовалась с беспомощностью. Это был самый ужасный год ее жизни. На самом деле она не хотела еще одного ребенка, но католическое воспитание не позволяло ей сделать аборт. Роды прошли нормально, но после них с матерью внезапно что-то случилось и ей пришлось лечиться в психиатрической больнице из-за депрессии. Ирина не получала грудное вскармливание и вскоре после рождения была отделена от матери на несколько недель. Всю эту ситуацию она не помнит, об этом она узнала от старшей сестры. Мать никогда не говорила об этом.

Об Ирине в основном заботилась старшая сестра Катерина, она ходила с коляской на прогулки, обнималась с ней. Мать интересовалась общими вопросами, но эмоционально оставалась холодна. Отец редко бывал дома. Между родителями все чаще происходили ссоры и споры. Когда Ирине было два года, родился брат Родион. Отец чувствовал себя обманутым, т.к. изначально не хотел никакого ребенка. Мать, однако, сильно привязалась к сыну. Создавалось такое ощущение, что она безумно влюбилась и все свои потерянные к дочери и мужу чувства перенесла на сына. Для старшей дочери Катерины, ко-

торая выросла очень независимой девушкой (при большой поддержке отца), это не имело значения. Напротив, она ухаживала за братом, который был младше нее на 10 лет, с такой же любовью, как и за 2-летней Ириной. Ирина, однако, начала сильно ревновать. По словам родственников, она часто толкала маленького Родиона, отбирала у него игрушки и сладости и издевалась над ним. Родион был избалованным, ему все разрешалось, и он этим пользовался, и, когда он стал старше, то начал издеваться над Ириной, брал ею вещи, жаловался и смеялся над ней. За это Ирина, еще в дошкольном возрасте, иногда била его, за что сурово наказывалась матерью. Постепенно Ирина научилась контролировать свой гнев. Даже наоборот, научилась делать вид, что восхищается братом, насколько он милый, умный и т.д. После этого мать ею всегда хвалила. Она научилась подавлять в себе чувство несправедливости и гнева и делать вид хорошей и доброжелательной девочки. Она обнаружила, что после такого поведения получает некоторое внимание. Подавление собственного чувства обиды и гнева вскоре стало ею второй натурой.

Когда Ирина пошла в школу, она была очень послушной, прилежной девушкой. Она хорошо училась, была разговорчива, и у нее было много подруг. Учителя восхищались ей за ее скромность и не конфликтность. Все это время отношения между родителями ухудшались, возникали ссоры и, в конечном итоге, дошло до развода. Отец дома находился редко. Он работал официантом и возвращался домой поздно вечером. Он любил выпить. Когда отец находился дома, он вел себя как «подкаблучник». В семье все вопросы решала мать. Из детства Ирина вспоминала приятные моменты, проведенные с отцом, когда он качал ею на коленях или подбрасывал на руках в бассейне и бросал в воду. С того момента, когда она пошла в школу, приятных моментов она уже не помнила. Отец нашел себе любовницу, за что мать его постоянно упрекала. Он утверждал, что уже расстался с ней, а на следующий день приходил домой только под утро и опять оправдывался. Так продолжалось несколько лет. Мать каждый раз будила детей, когда отец приходил домой поздно, упрекала его и плакала. Ирина не понимала, почему она всегда должна присутствовать при этом. Мать это объясняла тем, что дети должны знать, что их отец «сволочь». Она неоднократно собирала в чемоданы вещи отца, выставляла их перед дверью и кричала на весь дом: «Пусть уходит к своей шлюхе!» Несколько раз, когда отец был пьян, они с матерью подрались. Старшая дочь Катерина вскоре уехала из этой «атмосферы» в общежитие. Ирина не знала, как себя защитить. Она не все понимала, что происходит. Но она была полностью на стороне матери, и сама убеждала ею развестись с отцом. Родительский развод стал для нее освобождением, мать перестала будить ею по ночам, и постоянные ссоры между родителями закончились.

Отец уехал и стал жить с новой женщиной. Ирине было 10 лет. Дома, однако, обстановка стала ужасной. Мать проклинала отца, выливала свой гнев на Ирину или Катерину, когда та приезжала домой. Она упрекала их в любой мелочи и обвиняла, что они унаследовали свою безответственность и эгоизм от отца. Сестра почти перестала приезжать по выходным домой. Почти 3 года потребовалось матери, чтобы успокоиться. Новый мужчина у нее

так и не появился. Для них у нее были только слова презрения. В то время у Ирины возникли проблемы с успеваемостью, она была не в состоянии сосредоточиться на обучении. Начался период полового созревания. Она сильно прибавила в весе, на лице появились прыщи, а также ухудшилось зрение, что пришлось носить очки. Кроме того, она скромно одевалась, — на более дорогие джинсы и обувь, которые носили одноклассники, у ею матери не было денег. Ирина чувствовала себя ужасно. После уроков она шла из школы прямо домой. Она потеряла своих подруг, которые начали ходить с мальчиками на дискотеки. Ей никто не интересовался. Она боялась даже того, что какой-то парень мог с ней заговорить. В этом случае она даже не знала, как с ним общаться. Она перестала находить общий язык и с девушками. Она не знала, как можно поддерживать с ними беседу. Все свое свободное время она проводила за книгами, которых прочитала большое множество. Кроме того, к концу школы у нее значительно улучшилась успеваемость.

Старшая сестра Катерина поступила в институт. Она выросла красивой, стройной и уверенной в себе женщиной. Она была для Ирины самым близким человеком, но ею советы заниматься спортом, что-то делать с кожей и находиться среди людей не особо помогали. Через некоторое время Катерина начала встречаться с Леонидом и практически перестала появляться дома, даже выходные она проводила в общежитии. Спустя 2 года Катерина вышла замуж, забеременела и навсегда уехала из дома. Ирина очень хотела быть похожей на нее. Когда она сравнивала себя с ней, то видела, что она толстая, прыщавая, не имеет никакой цели в жизни и чем интересуется. Единственное ею положительное качество — она хорошо училась. Особенно Ирину раздражало то, что грудь ею стала слишком большой, и ей было ужасно за это стыдно. Она заметила, что мужчины часто смотрят на ею грудь, поэтому начала ею стягивать эластичным бинтом. Несмотря на это, однажды, в переполненном автобусе какой-то «панк» начал ею ощупывать. Она почувствовала себя ужасно, но боялась кричать, чтобы люди не начали смеяться над ней, и поэтому лишь тихо сопротивлялась. На уроке физкультуры она однажды услышала: «Какие у нее огромные груди!». Ирина почувствовала, что сейчас провалится от стыда сквозь землю и сбежала с урока. С тех пор она старалась избегать уроков физкультуры. Она полностью согласилась с мнением матери по поводу противоположного пола.

Она поступила в медицинский институт. Это было единственное, что ею привлекало. Помогать другим — с этим бы она, наверно, справилась. В институте ей нравилось, однако, практика ей нравилась меньше. Она была во всем старательной, с людьми вела себя безупречно, но проблема возникала, когда она должна была мыть прикованных к постели мужчин. Она ужасно смущалась, когда видела их голыми, замирала от страха. Она говорила им, что помоет их полностью, но за исключением тех мест... в основном, ей удавалось это сделать. Один старик после инсульта сказал, что он не в состоянии самостоятельно помыть то место... Остальные мужчины в комнате вдруг стали бдительными и начали шутить. Ирина задрожала, ей хотелось

плакать, но она намеревалась добросовестно выполнить свою обязанность. Когда она мыла ему половые органы, с ужасом дотрагиваясь до них, у старика случилась эрекция, и все присутствующие в палате захохотали. Ирина убежала. Она чувствовала стыд. Она хотела провалиться сквозь землю, но в тоже время, она хотела закончить институт. В конце концов, она продолжила обучение и ко всему привыкла. Взгляд на мужское тело, однако, наполнял ею чувствами неприязни.

Во время обучения в медицинском институте она похудела, прыщи исчезли, и, постепенно, Ирина превратилась в красивую, довольно высокую девушку с тонкими чертами лица и большими глазами. Возможно, она выросла слишком серьезной. После окончания института у нее еще не было опыта общения с мужчинами. Она никогда ни с кем не встречалась. У некоторых из ею одноклассниц уже была своя семья. Те места, куда ходили знакомиться ею коллеги, Ирина не посещала. Ирина никогда в своей жизни не была на дискотеке. На практике за ней иногда ухаживал какой-нибудь студент или молодой врач, но главное их желание было переспать с ней. Она не верила в то, что кто-то из молодых людей может заинтересоваться ею, как личностью. Она боялась их прикосновений и того, что ей придется прикасаться к ним. После окончания института она вышла на практику в хирургическое отделение в областном городе. Молодые врачи кружились вокруг нее как стервятники, шутили над ней, что она «железная дева», но она была непреклонна. После 2 лет практики, она познакомилась с молодым студентом, который лежал в хирургическом отделении в течение долгого времени после автомобильной аварии. Павел ей показался мягким, но в то же время уверенным в себе, сильным и большим. Он учился в экономическом институте на последнем курсе. Оправившись, он пригласил ею в кино. Они начали встречаться. Павел долгое время не настаивал на близости, что ею и успокаивало. Как выяснилось позднее, он был также неопытен, как и Ирина. После 6 месяцев ей начало казаться странным, что Павел к ней не пристает, и осторожно начала сама настаивать на близости. Она, конечно, боялась этого, но думала, что уже пришло время, чтобы у них все произошло. Она чувствовала себя в безопасности рядом с ним, и он был первым мужчиной, которого она не боялась. Она могла его страстно целовать, положить его руки на свою грудь, и ей это было очень приятно. Первое занятие любовью полностью устроила она. Павел был очень взволнован, и по этой причине у него не случилось достаточной эрекции. Она не знала, как ему еще помочь. Но затем, все получилось, он достиг оргазма, и на этом все закончилось. Постепенно, при следующих попытках заняться любовью с эрекцией все стало в порядке, но сам половой акт длился очень короткое время. Ирину возбуждало, когда Павел прикасался к ней, гладил ею, сам половой акт ей не был неприятен, — скорее он был нейтральным для нее. Она думала, что все происходит так, как и должно быть.

Через 6 месяцев Ирина забеременела, и они с Павлом сыграли свадьбу. Она переехала к родителям Павла в трехкомнатную квартиру. Мать Павла, однако, ревновала сына к Ирине, и на этой почве начались ежедневные ссоры.

Постепенно, Ирина начала вести себя как непослушный ребенок, а свекровь как строгая мать. Свекровь обвиняла Ирину, что она Павла «захватила», потому что он «инженер», и что она должна быть рада, что ей разрешили жить в их доме. Между ними возник конфликт. Павел не знал, что делать, он старался быть «справедливым», но, в сущности, он боялся своей матери. С Ириной он во всем соглашался, но перед матерью он никогда не заступался за Ирину, независимо от того, насколько ситуация была несправедливой. Павел максимально пытался успокоить свою мать. Занятия любовью между Ириной и Павлом почти прекратились, не столько по причине беременности, хотя они этот факт использовали в качестве оправдания, но главным образом потому, что в квартире через стены было все слышно. Между тем, Павел окончил институт и начал работать в иностранном банке. Он начал приходить домой поздно ночью. Изначально он ездил на работу в Прагу за 70 км от дома. К счастью, они с Ириной нашли жилье прямо в Праге, у старой двоюродной тети, и это было лучше, чем ничего. Это была трехкомнатная квартира, в которой после смерти двоюродного дяди тетя жила одна. Они переехали жить к ней. Двоюродная тетя была обидчива и немного слабоумная, иногда сердитая и упрямая, но с ней ужиться было гораздо проще, чем с матерью Павла. К счастью, она полюбила Ирину и с удовольствием общалась с ней.

В конце беременности Ирина успокоилась, стала расслабленной и спокойно ждала родов. Она купила детскую одежду и другие необходимые вещи. За месяц до родов Павел получил уникальное предложение на 3 месяца уехать работать в Германию. Он сомневался, принять это предложение или нет. Чтобы Павлу облегчить выбор, Ирина уверяла его в том, что спокойно родит и, так как она медсестра, сможет позаботиться о себе. Скорую помощь она сможет вызвать самостоятельно и, если что, ей сможет помочь двоюродная тетя. Павел уехал, а Ирина через 14 дней родила. В родильном отделении ей было грустно, когда она видела других счастливых отцов, как они с восторгом приходят смотреть на своих детей. К Ирине пришли только ею мать и сестра. Свекровь ничего не интересовало. Когда Ирина была уже дома, Павел приехал на выходные домой. Он говорил все время о работе, а о ребенке почти не интересовался.

Маленький Максим был неутомим. Всю ночь не спал, хотел находиться рядом с матерью и требовал грудь. Ирина была обессилена. Павел вернулся из Германии, но ситуация особо не изменилась. С работы он возвращался ночью, усталый, грубо отчитывал ею, что она не может успокоить ребенка, когда он должен отдыхать. Она понимала, что Павлу хотелось бы утвердиться, проявить себя, показать, какой он хороший работник, так как за такое короткое время он еще не обрел полной уверенности в себе. Он оставался в офисе на несколько часов после окончания рабочего дня, проверял порученные ему задания, чтобы не сделать ошибку. Павел требовал от Ирины, чтобы она ежедневно готовила и гладила ему чистые белые рубашки, а также ему нужны были новые галстуки. Из немногих денежных средств, которые они пока

имели, Павел купил себе дорогой дизайнерский костюм и роскошные туфли, чтобы у него был «представительный» вид. К счастью, вскоре его повысили, и у них стало больше денег. Павел полностью потерял интерес к сексу. Сначала это Ирину устраивало, но затем ей стало казаться это странным. При беременности она немного прибавила в весе, и несколько лишних килограммов у нее все же оставалось. Она ему уже не нравится? У него есть другая? От этих мыслей она, однако, стойко отбивалась. Они занимались любовью раз в 2 месяца. Как и в прошлом, половой акт был очень коротким, и Павел ею уже даже не гладил и особо не прижимался, как раньше. Он сразу засыпал. Наверное, он действительно очень уставал, поэтому она его за это прощала. Ведь каждый день он работает более 10 часов. В то же время, он ни на что не жалуется. На самом деле, он достаточно заботится о семье, пытаясь заработать больше денег. Так Ирина пыталась себя убедить. Максиму исполнился год, была весна, и вокруг все стало преображаться. Ирина гуляла в парках по Праге и много читала. Однажды днем она встретила в парке Антона, одноклассника из начальной школы. Антон всегда ей нравился. В период полового созревания она, однако, избегала общества, поскольку вместе им не о чем было говорить, и он начал встречаться с другой девушкой. В средней школе они встретились примерно дважды, и затем не виделись в течение многих лет. С ним были его две 4-летние дочери-близнецы. Они пошли вместе гулять по парку, потом Антон пригласил ею в ресторан у зоопарка попить кофе. Он очень ею заинтересовался, спрашивал о ею жизни и сыне. Он был удивлен, что у нее нет высшего образования. Он всегда считал ею самой умной девушкой в классе... Они проговорили два часа, и много еще было чего сказать друг другу. Антон был разведен, его жена много пила и лечилась от алкоголизма. Близнецы после развода проживали с ним. Он справлялся с их воспитанием, хотя немного жаловался на то, как трудно для мужчины одновременно заботиться о двух маленьких девочках и управлять собственной фирмой. Он нанял пожилую женщину, которая приходит к ним домой убираться, стирать, готовить, а также она забирает близнецов из детского сада. Она заботится о девочках, пока Антон не приходит домой с работы. Два раза в неделю, однако, у нее выходной, и Антон с близнецами управляется один. Мать детей уже второй раз проходит лечение от алкогольной зависимости и особо не интересуется детьми.

Спустя две недели Антон позвонил Ирине и пригласил ею с Максимом вместе провести время. Девочки везли Максима в коляске, а взрослые при разговоре, незаметно для себя, прошли Драганьский овраг, переехали через реку Влтаву и на поезде вернулись обратно в центр города. День был замечательный, они провели много времени в кондитерской и в замке, а также успели посетить выставку деревянных игрушек. Такого хорошего дня у Ирины не было в течение многих лет. Павел каждый день приходил домой поздно, ненавидел прогулки и все выходные проводил перед телевизором. На самом деле, они с Ириной вместе никуда не ходили. Ирина не могла удержаться от сравнения Павла с Антоном. Потом она запретила себе такие мысли.

Через месяц Ирина с Антоном запланировали еще 2 поездки, в этот раз на машине за пределы Праги. Павлу она об этом не сказала. Она знала, что ему это не понравится. Однако, она была очень счастлива. Она переживала нечто очень приятное. Она отметила, что Антон за ней мягко ухаживает, смотрит на нее с восхищением, серьезно воспринимает ею мнение, часто смотрит Ирине прямо в глаза, а иногда его взгляд соскальзывает на ею грудь. Раньше она посчитала бы этот взгляд за наглость, но теперь она чувствовала приятное напряжение, ей даже приходилось задерживать свое дыхание. Впервые в жизни она поняла, что у нее привлекательное тело.

Дома у Ирины ничего не менялось. Она неоднократно пыталась принудить Павла заняться любовью, но тот, в основном, ссылался на усталость. Ирина начала чувствовать повышенное сексуальное напряжение и желание. Она купила книгу о сексе и обнаружила, что Павел страдает от преждевременного достижения оргазма, а она — аноргазмией. Обо всем этом она, однако, не могла поговорить с Павлом. Она поняла, что больше стала обращать внимание на мужчин, особенно физически и многие ею возбуждают. Больше всего Антон. Она стала напряженной, рассеянной, заметно раздраженной и нервной. Она запретила себе эти мысли, но они снова возвращались. Ночью ей приснилось, что Антон прикасается к ней, гладит по голове, а затем трогает грудь... она проснулась с учащенным сердцебиением и беспокойством. Что с этим делать? Неверность она всегда осуждала.

Ирина решила, что с Антоном нужно немедленно прекратить общение. В течение следующей недели Антон звонил ей 2 раза, но она сказала, что у нее срочные дела. Через 2 недели он позвонил снова. Она сказала ему, чтобы он больше не звонил, но Антон не понимал, почему. Она не хотела ему ничего объяснять и снова попросила его не звонить. Он еще раз попытался, хотел узнать причину, но, когда Ирина отказалась говорить с ним, перестал вообще звонить. Она убеждала себя, что все сделала правильно. Кроме того, ей стало легче. В это время умерла двоюродная тетя. Они с Павлом и Максимом остались в квартире одни.

Примерно через месяц Павел снова уехал в командировку в Германию на 14 дней. Ирина осталась одна дома с Максимом. Она чувствовала себя немного раздраженной, тем не менее, не испытывала сильный стресс. На третий день она вдруг проснулась посреди ночи с сильным сердцебиением. Она очень испугалась и не могла отдышаться. Она подбежала к окну и попыталась вдохнуть немного свежего воздуха. Она чувствовала, как у нее цепенеет левая рука. Ею сердце билось как колокол. Она измерила свой пульс — 120 ударов в минуту. «Боже мой, что, если у меня сейчас случится сердечный приступ? Кто будет заботиться о ребенке? Я должна быстро позвонить в скорую помощь! И матери!». Ирина вызвала скорую помощь, позвонила матери, одела ребенка и приготовила люльку из коляски. Было 2 часа ночи. Машина скорой помощи привезла Ирину в приемный покой, чуть позже, на такси, приехала и ею мать. Ирина прошла ЭКГ, врач осмотрел ею и сказал, что такое состояние у нее из-за нервов. «Боже мой, как он может так говорить, я же чув-

ствовала, что это идет от сердца, и я не могла дышать, у меня покалывало в левой руке» подумала с негодованием Ирина, однако, ничего не сказала. Медсестра сделала ей укол и Ирину отправили домой. Мать смотрела на нее с упреком, но ничего не сказала. Домой они поехали на такси. Мать осталась до утра, потом поехала на работу. Но Ирина вдруг испугалась. Что, если это состояние начнется снова? Она одела Максима, вызвала такси и снова направилась в терапевтическое отделение, где она работала до декретного отпуска. Там ею знают и не откажут ей в помощи. На следующей неделе она прошла целый ряд обследований, лабораторные тесты, ЭКГ, УЗИ и т.д. Результаты анализов не показали ни малейших признаков болезни. Целую неделю она испытывала чувство тревоги, она боялась, что какой-нибудь анализ покажет наличие болезни, однако, когда ничего не было обнаружено, Ирина немного разочаровалась. Она начала сомневаться в профессионализме врачей. Ирина записалась к неврологу, снова прошла ряд обследований, но кроме незначительных проблем с шейным и грудным отделами позвоночника ничего не было найдено. «Этого просто не может быть», — подумала Ирина при изучении медицинских пособий. Когда человек что-либо ищет со страхом, он может найти что угодно. Как Ирина поняла, некоторые из симптомов, которые она испытывала, могут присутствовать у людей с больным сердцем, легкими, щитовидной железой, опухолями, неврологическими заболеваниями и т.д. Кроме того, это могут быть последствия боррелиоза, авитаминоза... Поэтому Ирина записалась к эндокринологу и другому терапевту, на этот раз непосредственно к специалисту в области кардиологии. Также, она, на всякий случай, записалась и к иммунологу. В это время у Ирины произошел еще один приступ паники, который разбудил ею среди ночи, и Ирина снова, в ужасе, вызвала скорую. Опять она была доставлена в приемный покой, прошла ЭКГ, ей сделали укол и отправили домой. После специализированного обследования у нее опять ничего не нашли. Павел вернулся из командировки. Это Ирину успокоило, он будет дома, если с ней что-то случится. Следующий месяц прошел без приступов, Ирина начала верить, что приступ больше не вернется. Но когда Павел был вынужден покинуть ею всего на три дня, она испугалась. Что, если приступ вернется, когда Павла не будет дома? За неделю до его запланированного отъезда у Ирины случился приступ в метро. Она сразу вышла из него и быстро пошла с коляской к выходу. Она не могла надышаться. Холодный воздух на улице хорошо на нее подействовал. В метро она, однако, так и не вернулась, и не заходила туда еще на протяжении следующих двух лет.

Павел уехал в командировку, а у Ирины в ту же ночь случилась паническая атака и она снова поехала в приемный покой. Врач — тот же самый, который ею принимал в первый раз, — начал ругать Ирину. Но все же сделал ей ЭКГ и укол, после чего Ирине стало легче. В следующем году Ирина приезжала в приемный покой еще 4 раза. Это было очень неприятно, тем не менее, она так сильно беспокоилась за свою жизнь, что просто не смогла не вызвать скорую помощь. После случая в метро она перестала пользоваться трамваем и автобусом. Ей стало плохо и в супермаркете, когда она стояла в очере-

ди. Она начала ходить за покупками очень рано утром, когда в магазине мало людей. Затем она начала чувствовать тошноту даже в это время, и она вовсе перестала ходить в супермаркет за покупками. Она была в состоянии делать покупки лишь в маленьких магазинах, но только тогда, когда в них было пусто. Магазин, находящийся за 300 метров от дома, постепенно, стал самым отдаленным местом, куда Ирина была в состоянии дойти в одиночку. В сопровождении Павла она могла на автомобиле ездить по всей Праге, однако, зайти в общественный транспорт или супермаркет она не решалась даже в его присутствии. Чтобы ей не было страшно дома, когда Павел был в командировке, она просила мать или сестру ночевать в это время у нее. Вместе с Павлом она посетила нескольких врачей, держала диеты, принимала гомеопатические препараты, ей сделали акупунктуру (как ни странно, акупунктуру ей сделал тот психиатр, которого она ранее даже не воспринимала как врача), но ничего ей не помогало. Семейные отношения изменились. Павел начал приходить домой с работы раньше обычного, чтобы Ирина могла чувствовать себя более уверенно. Он делал крупные покупки в супермаркете и везде возил Ирину. Изначально его такая ситуация устраивала, он чувствовал, что Ирина нуждается в нем, и это доставляло ему удовольствие. Ирина была полностью зависима от него. Со временем все это начало раздражать его, он чувствовал, что из-за ею проблем он перестал продвигаться по службе. Ею страхи он воспринимал как глупости, тем не менее, был против ею похода к психиатру. Нахождение в их доме тещи, когда он был в командировке, его также не устраивало. Сексуальная жизнь полностью сошла на нет. Ирина боялась, что у нее во время полового акта начнется сильное сердцебиение, и она может умереть. И, хотя Павел раньше избегал секса, но полное его отсутствие ему не нравилось.

После 2 лет слишком ограниченной жизни, прочитав статью об агорафобии в газете, Ирина, наконец, решилась пойти к психиатру. При этом заранее не верила в то, что лечение может ей помочь...

Уже в начале лечения Ирине очень помог тот факт, что психиатр четко понимал, что с ней происходит. Это был первый врач, который был в состоянии говорить со знанием дела. Он заверил Ирину, что она может избавиться от этих проблем. Совместно они определили, как выглядит ею приступ тревоги, какие мысли ей в это время приходят в голову, как она себя ведет, какие эмоции и физические симптомы она обычно испытывает. Он объяснил ей, каким образом она может разорвать порочный круг тревоги, в котором она находится. Ирине все это показалось очень логичным и простым, хотя и несколько техническим. Затем психиатр попросил Ирину пройти небольшой эксперимент, который был связан с гипервентиляцией. Он предположил, что ряд симптомов, которые испытывает Ирина, могут быть связаны с ускоренным дыханием. В это Ирина не поверила, потому что была убеждена, что начинает учащенно дышать только после того, когда у нее возникает страх задохнуться. Чтобы убедить ею в том, что это может быть и наоборот, психиатр попросил Ирину очень быстро дышать в течение 3 мин. Если поя-

вятся неприятные ощущения, Ирина должна была поднять руку. Так как ей было немного стыдно, психиатр дышал вместе с ней. Уже на 2 мин появилось сильное покалывание в руках. Ирина начала сильно потеть, у нее было такое чувство, как будто голова сейчас лопнет. Она боялась, что упадет в обморок. Затем ею сердце начало учащенно биться. Она подняла руку. Психиатр попросил ею ненадолго задержать дыхание, потом медленно выдохнуть. Затем Ирина должна была заново сделать глубокий вдох и задержать дыхание, и, наконец, очень медленно выдохнуть. В течение 6 вдохов физические симптомы практически исчезли. Эти симптомы были очень похожи на те, которые Ирина испытывала во время приступов, но все же ею страх был намного меньше, когда она находилась в помещении вместе с врачом. После эксперимента психиатр обсудил с Ириной возможность приема медицинских препаратов. Ирина была решительно против, — она не хочет принимать никакую химию. Психиатр объяснил Ирине преимущества и недостатки приема медикаментов, и преимущества и недостатки лечения без приема препаратов. С приемом медицинских препаратов лечение, как правило, меньше времени, что позволяет быстрее вернуться к полноценной жизни. Зависимости от них бояться не нужно, — от антидепрессантов, которые устраняют приступы паники, зависимость не возникает. К недостаткам можно отнести незначительные побочные эффекты, особенно тошноту в течение первых двух недель. Преимуществом психотерапевтического лечения является то, что Ирина будет верить, что симптомы она сможет устранить только с помощью собственных усилий, что повысит ею самооценку. Недостатком является относительно большое приложение усилий. Результаты, однако, являются относительно постоянными. Лечение с помощью комбинации медицинских препаратов и психотерапии сочетает в себе преимущества обоих подходов, но имеет и свои недостатки. У Ирины было время до следующего сеанса, чтобы обо всем подумать. В качестве домашнего задания ей следовало изучить короткую брошюру о ПР и агорафобии, заполнить анкеты и составить список ситуаций, которых она избегает.

Концептуализация случая

Предрасполагающие факторы:

Нежеланный ребенок; на момент беременности матери, ее старшая сестра умирала от лейкемии; после рождения — отделение от матери (у матери была послеродовая депрессия); «эмоционально холодное» воспитание матерью; ревность к младшему брату, которому мать отдавала предпочтение; наказания от матери — практика подавления собственных агрессивных эмоций, чтобы мать приняла ею.

Ссоры между родителями — Ирина выступала в качестве арбитра — развод родителей — отсутствие денег и изоляция от друзей — полнота, насмешки и развитие отрицательного мнения о другом поле.

Контекстуальные предпосылки, повышающие чувствительность по отношению к стрессу:

Конфликт со свекровью и отсутствие заступничества мужа; утомление после родового периода; внутренний конфликт — стремление к другому мужчине и отказ от него.

Преципитирующие — провоцирующие факторы:

Первая паническая атака появилась после решения отвергнуть мужчину, к которому она так стремилась на момент неудовлетворительных отношений со своим мужем, который в то время уехал за границу, а она осталась одна.

Порочный круг панических атак:

Возбудители: быть дома одной, транспортные средства, супермаркеты.
Когниции: страх получения сердечного приступа, страх за ребенка.
Эмоции: панический страх, антиципационная тревога, беспомощность, гнев на себя.
Физические реакции: учащенное сердцебиение, гипервентиляция, покалывание в левой руке.
Поведение: избегание любых транспортных средств и супермаркетов, секса, одиночества, обеспечение и заверение быть с другим человеком, измерение давления и пульса, лечение в терапевтическом отделении и неврологии, изучение медицинских пособий, заверение от врачей.
Последствия:
Избегание, защита или заверение приводит к немедленному облегчению.
Долгосрочные: ограничение функционирования, снижение самооценки, смирение, связанное с изменением отношений в браке вследствие зависимости от мужа, исчезновение половой жизни, ограничение приятных видов деятельности.
Поддерживающие факторы: катастрофические когниции, избегающее и защитное поведение.

После прочтения этого руководства Ирина для начала решила, что попробует психотерапевтическое лечение, и, если оно не будет работать, перейдет к лекарственному лечению. На втором сеансе, который последовал через 2 дня, они с терапевтом вернулись к порочному кругу тревоги и к тревожным мыслям, которые являются его частью. Совместно они обсудили одну из этих тревожных мыслей:

Ирина: *Скорее всего, у меня что-то с сердцем. И от этого появляется моя тревога.*

Терапевт: *На сколько процентов вы убеждены в этом? В том, что у вас больное сердце?*

Ирина: *Примерно на 80 %, во время приступов я в этом уверена.*

Терапевт: *Хорошо, на данный момент вы на 80 % уверены, что у вас больное сердце. Так ли это?*

Ирина: *Да, это так.*

Терапевт: *Вы правы в том, что это может являться одним из объяснений ваших приступов. Вы — медсестра, и знаете об этом больше, об аргументах, которые свидетельствуют о болезни сердца. У Вас внезапно начинается сильное сердцебиение в ситуациях, которых вы боитесь. Попробуйте сейчас задуматься и найти аргументы, которые будут свидетельствовать против того, что речь идет о заболевании сердца.*

Ирина: *Ну... мне все это говорят, то есть все врачи, что у меня с сердцем все в порядке, но что если они ошибаются?*

Терапевт: *Я вижу, что будет гораздо легче найти аргументы, которые говорят о заболевании сердца, один из них я уже услышал: «Что, если врачи ошибаются...»*

Ирина: *Вы правы, я постараюсь сосредоточиться на аргументах, свидетельствующих против заболевания сердца. Но их я всегда хотела услышать от вас — от врачей, вы это должны знать лучше всего...*

Терапевт: *В этом я вам не смогу помочь. Если я вам буду приводить аргументы «против» заболевания сердца, которых, у меня, между прочим, множество, вы найдете аргументы свидетельствующие «за» эту болезнь. Мы будем играть бесконечную игру, кто кого убедит. А затем, даже если мне вас на*

данный момент удастся убедить, дома вы об этом забудете и найдете другие аргументы, подтверждающие вашу болезнь. Поэтому, я хочу, чтобы вы убедили саму себя.

Ирина: *Хорошо, я постараюсь это сделать. Но я не врач. Приступ с учащенным сердцебиением и чувством стеснения в груди у меня случался много раз. Я многократно проходила ЭКГ, и врачи никогда не находили каких-либо признаков повреждения сердца. Это первый аргумент, свидетельствующий «против» заболевания сердца. Даже после обследования врачи говорили мне идти домой пешком. Если бы они подозревали, что у меня может случиться сердечный приступ, они бы так не сказали.*

Терапевт: *Отлично, у нас есть первый аргумент «против» заболевания. Попробуйте продолжить.*

Ирина: *Странно, но у меня начинаются проблемы с сердцем только в определенных ситуациях. Я никогда не слышала, чтобы у людей случился сердечный приступ в метро или в супермаркете. Это также может свидетельствовать «против» заболевания сердца.*

Терапевт: *У вас очень хорошо получается находить аргументы. Попробуйте продолжить...*

Ирина: *Странно, но мне становится лучше, когда я убегаю из этих мест. Если бы это было заболевание сердца, то мое состояние после побега, то есть при напряжении, должно ухудшаться. Один раз я при таком приступе побежала в отделение неотложной помощи и когда добралась туда и увидела белые халаты врачей, мне стало легче. Вероятно, при инфаркте такого бы не было. Также странно, что на это состояние влияет присутствие других людей. Например, мужа. В его присутствии я чувствую эти симптомы слабее или вовсе не чувствую.*

Терапевт: *Отлично, мне очень нравится, что вы в состоянии самостоятельно логически размышлять. Есть ли у вас еще какие-нибудь аргументы, свидетельствующие «против» вашего убеждения?*

Ирина: *Наверное, нет... Или, подождите... даже представление о том, что я должна идти в супермаркет за покупками и стоять там в очереди, или мысль, что я буду дома всю ночь одна, вызывает во мне учащенное сердцебиение. Это также не является типичным для инфаркта.*

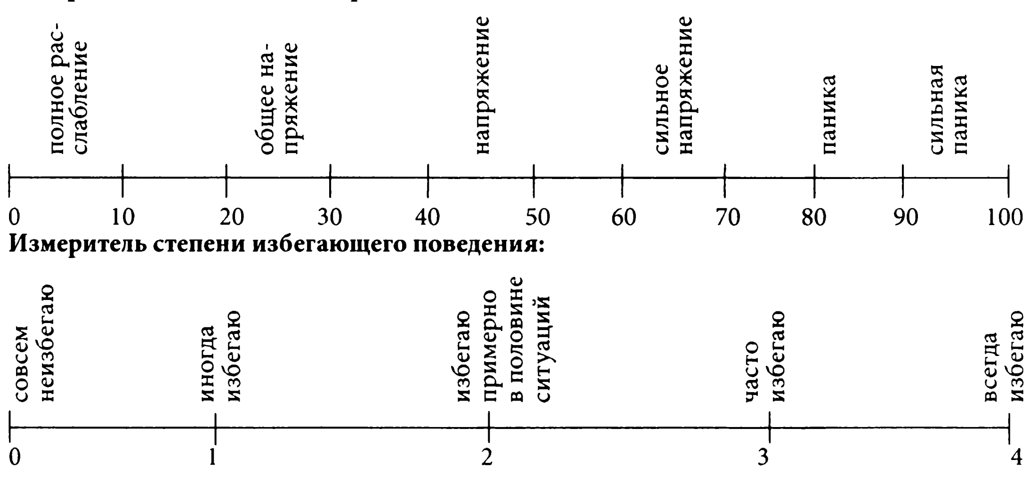
Терапевт: *Я удовлетворен. Вы сами смогли найти множество аргументов против того, что это болезнь сердца. В начале разговора я записал себе тот факт, что вы верили на 80 % своему убеждению, что речь идет о болезни сердца. На сколько процентов вы верите в это сейчас? После того, как вы сами нашли аргументы, свидетельствующие «против» этого убеждения?*

Ирина: *Ну... подождите... У меня эта неуверенность исчезла не полностью. Теперь я в это верю примерно на 30—40 %. Меньше, чем раньше.*

Список фобических ситуаций — Ирина

Составьте список ситуаций, в которых вы часто подвергаетесь панике, страху или сильной тревоге и / или которых вы регулярно избегаете:

Измеритель интенсивности тревоги:



Ситуация	Интенсивность тревоги при воздействии	Степень избегающего поведения
1) Находиться одной вне дома	70 — 100 %	4
2) Совершать покупки в супермаркетах или магазинах	80 — 100 %	4
3) Перемещаться на транспортных средствах	100 %	
4) Выполнять физические нагрузки	40 — 100 %	3
5) Находиться в жарком месте (баня, сауна, автомобиль ...)	70 — 90 %	3
6) Находиться в замкнутом пространстве	100 %	4
7) Находиться дома одной	100 %	3

В ходе сеанса, последовало обучение контролю дыхания и прогрессивная релаксация Оста. Контроль дыхания является навыком, который помогает остановить приступ паники. Прогрессивная релаксация Оста позволяет больному снять напряжение с помощью расслабления отдельных групп мышц. Далее, терапевт и Ирина провели «контролируемый приступ» с ускоренным дыханием. Ирина испытала подобные симптомы, как и в последний раз, при приступе паники, но страх был гораздо меньше. С помощью контроля дыхания симптомы были устранены. В качестве домашнего задания Ирине было рекомендовано выполнить следующее:

1. *вести «Запись автоматических мыслей», т. е. зафиксировать те ситуации, когда она чувствует сильное напряжение, и записать мысли, эмоции и физические реакции, которые с этим связаны, а также, найти мысли, которые бы ею успокоили;*
2. *два раза в день практиковать контроль дыхания (однако, без контролируемого приступа) и прогрессивную релаксацию Оста;*

3. *составить список тревожных мыслей, которые ею сопровождают при панических атаках, либо в агорафобических ситуациях.*

Терапевт с Ириной договорились о проведении 16-ти сеансов, вначале — 2 раза в неделю, а затем — 1 раз в неделю.

Третий сеанс имел программу подобную второй. В начале сеанса Ирина с терапевтом обсудили случившееся с ней за последние четыре дня, которые прошли с момента последнего сеанса. Ирина испытала один приступ паники в тот вечер, когда ее муж не вернулся домой в ожидаемое время. Постепенно, с помощью контроля дыхания Ирина смогла остановить этот приступ, хотя это было не так легко, как при тренинге на сеансе. С помощью релаксации она хорошо смогла расслабиться. И была очень довольна собой. Все домашние задания она выполнила.

Таблица 8. 15. Запись автоматических мыслей

Дата и время	Ситуация	Тревожные мысли	Эмоции	Физические реакции	Разумная реакция	Результат
	Что я сейчас делала? Что сейчас произошло? Что я испытала в первую очередь?	Что именно мне пришло в голову? Что я себе сказала? Чего я больше всего боюсь?	Что я чувствовала? Какие эмоции я испытала? Насколько сильно я их испытала? (0-100%)	Как я физически среагировала?	Что является разумным ответом на тревожную мысль? Какая мысль может меня успокоить?	1. Насколько я сейчас верю в свою тревожную мысль? 2. Как я себя на данный момент чувствую? 3. Что я могу сейчас сделать? 4. Что я смогу сделать в следующий раз?
Среда 9:30	Я была дома одна и ждала мужа. Вдруг мое сердце начало сильно биться, я почувствовала стеснение в горле	Опять это начинается! Я дома одна, и никто мне не сможет помочь! Что, если я здесь умру?! Где он?! Быстро к окну, или я задохнусь!	Тревога 90 % Страх 90 % Паника 100 % Гнев 100 % Паника 100 %	Потливость, учащенное дыхание, давление в голове, тремор всего тела, покалывание в пальцах, судороги в руках	Да, у меня паническая атака, я уже знаю это состояние. Она сама закончится, и не зависит от чужой помощи. У меня таких приступов было уже много, и я выжила. Вероятно, на работе. Не паниковать, замедлить и контролировать дыхание	1. Меньше, на 50 % 2. Успокоение, 50 % 3. Контролировать дыхание. 4. Сразу, при первых признаках начать контролировать дыхание, чтобы мне не стало хуже. После того, как мне удастся остановить приступ, я смогу расслабиться

В начале сеанса Ирина вместе с терапевтом рассмотрели следующую тревожную мысль, а затем провели контролируемый приступ и релаксацию. Далее они совместно подготовили план экспозиции для первой проблемной ситуации.

Планирование экспозиции

Проблема. *Я не в состоянии пойти одна на расстояние более чем 300 метров от дома. Дальше я боюсь идти. Не могу уходить с ребенком в парк, боюсь выходить в город, ездить в поездки или на экскурсии. Меня это очень ограничивает.*   **Цель.** *Я хочу научиться ходить по городу на любое расстояние, а также ходить в парк в одиночку или с ребенком.*
Шаги. Предполагаемая степень   **Тревоги**.   *1) В одиночку пойти в медицинское учреждение — 500 м. 70 %*   *2) В одиночку пойти в парк — 800 м. 80 %*   *3) В одиночку пойти на край города — 1000 м. 90 %*   *4) Пойти с ребенком в планетарий — 1000 м. 90 %*   5) В одиночку пройти через город к берегу реки — 1,5 км. 100 %   *6) Пойти с ребенком в зоопарк — 2км. 100 %*   7) В одиночку пойти в ботанический сад — 2,3 км. 100 %   *8) Пойти на прогулку вдоль реки — 6 км. 100 %*   *9) Пройти с сыном вдоль реки, затем сесть на трамвай, доехать до следующего района и посетить выставку 100 %*

В качестве домашнего задания на следующие 2 дня Ирине было поручено:

1) разработать таблицу собственных тревожных мыслей и рациональных ответов на них;
2) реализовать первые 4 шага из планируемой экспозиции и вознаградить себя за эту работу;
3) продумать и предложить шаги экспозиции для проблемы: совершение покупок в супермаркетах и торговых центрах.

Далее Ирина получила задание продолжить практику контроля дыхания и релаксацию Оста. На 4 сеанс Ирина пришла удовлетворенной, поскольку не справилась только с 4 шагом планируемой экспозиции — пойти с ребенком в планетарий, потому что Максим в это время болел, но Ирина выполнила предыдущий шаг и в одиночку прошла по городу к берегу реки. А почувствовав беспокойство, она самостоятельно смогла себя успокоить. С перечнем тревожных мыслей и рациональных ответов она справилась достойно.

Тревожные мысли и рациональные ответы на них

Мысль	**Разумный ответ**
Я не могу дышать, я задохнусь!	*Со мной это случалось много раз, и я не задохнулась. Это просто страх. Я должна замедлить дыхание!*
Это инфаркт!	*Это не так. Это просто страх. Все результаты анализов у меня были в порядке.*
Я упаду в обморок!	*Когда я испытываю страх, у меня давление повышается, следовательно, я не могу упасть в обморок! Это просто неприятные ощущения.*
Никто мне не поможет!	*Мне не нужна никакая помощь. Когда она мне будет необходима, я о ней попрошу.*
Я должна быстро уйти отсюда!	*Я не должна отсюда уходить, я останусь здесь и замедлю дыхание. Я смогу справиться с этим!*
Лучше я туда не пойду, ситуация закончится плохо!	*Несмотря на то, что я боюсь, я все равно решусь на это. Мне нужно успокоиться. Я уже знаю, как это сделать!*
Потеряю сознание, и кто-нибудь меня изнасилует!	*Нет, не потеряю, такого еще не случалось со мной. В общественном месте меня никто насиловать не будет.*
Это инсульт!	*У меня просто цепенеют пальцы из-за ускоренного дыхания. Нужно замедлить дыхание!*
Я совершенно невыносима!	*Это не так. Я просто взволнованна. Я смогу справиться с этим!*
Я уже никогда не буду независимым человеком!	*Это неправда. Я делаю все для того, чтобы стать независимой.*
Никто меня не уважает!	*Этого я не знаю. Я сужу по себе. Многие люди относятся ко мне с уважением и почтением*

Планирование экспозиции

Проблема. Я в состоянии совершать покупки только в небольшом магазине рядом с домом. С мужем я способна зайти в супермаркет, но жду его перед кассами, — за кассами я уже боюсь находиться. Когда в супермаркете много людей, я не могу стоять даже у касс. **Цель.** Я хочу быть в состоянии самостоятельно делать покупки в торговых центрах в городе, и в супермаркете во время часа пик.

Шаги.	**Предполагаемая степень тревоги.**
1) Пойти с мужем в супермаркет в то время, когда там немного людей.	75 %
2) Пойти в одиночку в супермаркет и купить одну вещь в то время, когда там немного людей.	80 %
3) Пойти в одиночку в супермаркет и сделать покупки в то время, когда там немного людей.	85 %
4) Пойти за покупками в то время, когда уже короткие очереди на кассе.	90 %
5) Совершать покупки с мужем в час пик.	90 %
6) Совершать покупки в одиночку в час пик.	95 %
7) Совершать покупки с мужем в большом торговом центре. 95 %	
8) Совершать покупки в большом торговом центре в одиночку, когда мало народа. 95 %	
9) Совершать покупки в большом торговом центре в одиночку, когда много народа. 100 %	
10) Идти в одиночку в незнакомый торговый центр	100 %

В течение 8 недель Ирина полностью избавилась как от панических атак, так и от агорафобического избегающего поведения. Она прошла, в общей сложности, 14 контролируемых панических атак и десятки экспозиций агорафобических ситуаций. Ежедневно она выполняла в среднем 3 экспозиции. Это была тяжелая работа, но она становилась все более довольной собой, и ее уверенность росла с каждым днем. Лекарства она принимать так и не начала. В этот период у нее было несколько панических атак, однако, она смогла с ними самостоятельно справиться.

Ее нарастающая свобода, независимость и уверенность в себе коснулась и ее мужа. Он не стал ей нужен для защиты и выполнения вместо нее простых задач, и она захотела, чтобы они в следующие выходные вместе уехали за город, либо он позволит ей уехать с ребенком в горы, если он предпочитает остаться дома. Кроме того, она стала настаивать на регулярном занятии любовью, ходить в кино и театры, на концерты и выходить в общество. Если он не хотел идти с ней, она просила, чтобы он посидел с ребенком, пока ее не будет дома.

В конечном итоге к терапевту пришел и ее муж, который ранее отказывался от любой встречи с ним. Сначала он вел себя сдержанно, но затем рассказал терапевту обо всех проблемах в браке, от которых часто убегал и задерживался на работе. Последовало 15 совместных сеансов с обоими партнерами по обучению их общаться между собой и лечению сексуальной дисфункции. Отношения значительно улучшились. Они смогли создать дружеские отношения и начали вместе заниматься приятными видами деятельности. Одновременно, с помощью отдельных упражнений по лечению сексуальной дисфункции была устранена преждевременная эякуляция Павла, и в следующем году Ирина начала испытывать оргазм.

8.2.3.7. Пример агорафобии — II

Нике 36 лет. Она работает парикмахером в салоне. Она разведена, есть сын — подросток и давний партнер, который живет неподалеку в собственной квартире. На протяжении 6 лет Ника страдает от агорафобии, — она не в состоянии перемещаться на любом виде транспорта, делать покупки в супермаркетах, куда-либо поехать она может только на машине с партнером, если на дороге нет пробок.

Анамнез: *Насколько Нике известно, из семьи в психиатрической больнице лечилась только мать. После развода с отцом она сильно мучилась, очень привязалась к Нике и рассказывала ей обо всех своих переживаниях. Она лечилась в психиатрической лечебнице из-за депрессии и принимала валиум. Тем не менее, она справилась и смогла «выйти» из этого состояния и в течение многих лет не имела трудностей. Ника была старшей из 2 сестер. Их родители развелись из-за частых ссор, когда ей было 6 лет. Отец нашел себе другую женщину и детьми интересовался редко. В период полового созревания Ника, при встрече, обвинила отца во всем, и с тех пор они ни разу не встречались. Ника освоила профессию парикмахера. Она вышла замуж в 23 года и родила сына. Изначально, это был хороший брак, а затем они с мужем начали строить дом. Во время строительства дома они с мужем поссорились и развелись во время новоселья 7 лет назад. Ника вместе с сыном остались в квартире, а ее бывший муж переехал в дом. Развод был очень драматичным, с многочисленными угрозами со стороны мужа, который утверждал, что закажет ее убийство. В конечном итоге все утихло. Через год после развода Ника пережила другую неприятную ситуацию: во время лечения пенициллином у нее произошла тяжелая аллергическая реакция — она пережила анафилактический шок. С тех пор она стала бояться за себя. Она нашла партнера, который часто навещал ее, и они полюбили друг друга. Выходить замуж она не хотела, потому что считала себя больной и не хотела быть для кого-то «грузом». Вскоре после того, как у нее случился анафилактический шок, Ника начала сильно беспокоиться о себе. Сначала ей стало плохо в переполненном автобусе. Она была вынуждена выйти и подышать воздухом. На работу она пошла пешком. В следующие дни она продолжала добираться до работы на автобусе, но стала бояться ездить на метро. Она беспокоилась, что ей снова станет плохо. Она представляла себе, как поезд в метро остановится между станциями и, если ей в метро вдруг станет плохо, ей никто не сможет помочь. Скорая помощь не сможет туда попасть. Страхи Ники отразились и на поездках на автобусе. Сначала она перестала ездить на автобусе в час пик, когда в транспорте много народа, а затем и вовсе перестала пользоваться этим средством передвижения. В настоящее время на работу ее возит партнер. Тем не менее, ситуация продолжала ухудшаться. Теперь у нее возникает страх, даже если она едет в машине рядом с партнером, когда на дороге интенсивное движение или дороги переполнены. На Пражское шоссе в течение дня она отказывается выезжать, потому что в том случае, если ей станет плохо, туда не сможет проехать скорая помощь. Если Ника на выходные захочет выехать из города, то поедет только в то место, где недале-*

ко будет находиться медицинское учреждение. В более отдаленные места она боится ездить. Также она не в состоянии ездить на лифте. Если бы Ника в нем застряла, то казалось, умерла бы там от страха. Больше всего ее беспокоит, что она не может ходить за покупками в крупные супермаркеты или в торговые центры. Туда она не может ходить даже с сопровождением. Вместо нее покупки делает сын или партнер. Ника в состоянии войти в небольшой магазин, но только в сопровождении близкого человека.

Предыдущее лечение: *Более года назад Ника начала посещать психиатрическую клинику, где ей было назначено лечение диазепамом. В настоящее время она принимает его уже более года. Хотя, в целом, она чувствует себя спокойнее, но зайти в места, которых она боится, пока еще не решилась. При неоднократных попытках прекратить прием диазепама Ника переживала сильную тревогу и беспокойство, так что врач не стала отменять данный препарат. Ника принимает диазепам в дозировке 30 — 40 мг в день.*

В ходе первоначального осмотра Ника немного нервничала, не могла сидеть спокойно, ее мысли тревожны и сосредоточены на самонаблюдении, что типично для агорафобии: «Если я пойду туда, то не смогу там находиться. Я там могу потерять сознание, и никто мне не поможет. Я начну вести себя там таким образом, что опозорюсь. Если кто-то заставит меня пойти туда, я, вероятно, умру от ужаса». Она также описывала типичное избегающее поведение — перемещение на транспорте, совершение покупок, лифты, отдаление от безопасных мест. Ника не производила впечатление депрессивного человека, и ее личность не казалась существенно затронутой. Очевидной была зависимость от диазепама.

В конце первого разговора врач объяснил Нике, что именно способствовало развитию у нее агорафобии и что в настоящее время может поддерживать ее.

Факторы, повышающие чувствительность к стрессу: *Ника с детства была чувствительна к межличностным ситуациям — ее родители постоянно ссорились и, когда ей было 6 лет, развелись. Отец после развода потерял к Нике интерес — ребенком она это очень болезненно воспринимала и скучала по нему. После развода ее мать страдала от депрессии и, как и старшей дочери, рассказывала о своих переживаниях. С детства Ника тяжело переносила любые конфликты и боялась одиночества и отвержения. Этот настрой у нее присутствовал и в настоящее время.*

Провоцирующие факторы: *На момент завершения строительства дома произошло много тяжелых конфликтов с мужем. Ранее хорошие отношения испортились, и Ника очень переживала. Постоянные ссоры, в конечном счете, привели к разводу, что напоминало детское состояние одиночества и отвержения (отец ушел из семьи в детстве). Драматический развод, ситуация с угрозами физической расправы, привели к чрезмерному стрессу. В это время Ника испытала анафилактическую реакцию после приема пенициллина. Физические симптомы стрессовой реакции были особенно неприятными в транспортных средствах, где она была не в состоянии отвлечься от них, а также испытывала страх, что не может немедленно уйти, чтобы успоко-*

иться. Физические симптомы стрессовых реакций и тревога были настолько неприятными, что Ника, постепенно, полностью перестала ездить на транспортных средствах. Страх стал распространяться и на другие ситуации, в которых она могла оказаться одна, отсутствовала помощь либо возможность убежать, если ей станет плохо.

Поддерживающие факторы: *В поддержании агорафобии участвует несколько факторов. Прежде всего, это избегающее и защитное поведение. Тем, что Ника избегает определенных ситуаций, она поддерживает свое убеждение, что в любом случае не сможет справиться с конкретной ситуацией. Подобным образом агорафобию помогает поддерживать защитное поведение — сопровождение больной партнером или другим надежным человеком на короткое время облегчает ее состояние, и она в состоянии куда-либо поехать или пойти за покупками, но уверенность в том, что она сможет сделать это в одиночку, уменьшается. Кроме того, в поддержании агорафобии участвуют когнитивные факторы. Акцентирование внимания на физических и психологических симптомах страха и их катастрофическое толкование: «Я умру, и никто мне не поможет. Я сойду с ума» — значительно поддерживают присутствующую тревогу, а также избегающее и защитное поведение. В поддержании агорафобии также участвуют межличностные факторы. Тот факт, что партнер везде возит Нику на машине, и она вместе с сыном делает покупки, для Ники, по существу, является приятным — они оба показывают, что ее ценят (и не бросят), но, одновременно с этим, подтверждает, что в одиночку она с этими задачами не справится.*

Лечение: *Лечение началось с подробного объяснения того, как проблемы функционируют в порочном круге катастрофических мыслей, тревожных эмоций, физических симптомов стрессовых реакций, избегающего и защитного поведения. Особое внимание было уделено избегающему и защитному поведению в качестве факторов, которые приводят к поддержанию и развитию агорафобии. Далее, терапевт совместно с Никой составил план лечения. В этот план было включено как медикаментозное лечение, так и постепенная практика управления агорафобическими ситуациями. Учитывая длительное употребление диазепама, они составили план постепенного и регулярного снижения дозы до 5 мг в неделю. Нике был назначен пароксетин, который не вызывает зависимость и, в то же время, очень хорошо контролирует беспокойство. Самым важным шагом лечения была запланированная экспозиция (воздействие) пугающих ситуаций. Терапевт с Никой создали иерархию действий, начиная с самых простых и постепенно переходя ко все более трудным. Первое действие — сесть в автобус в то время, когда народу немного, терапевт выполнил вместе с ней. Вместе они проехали 12 остановок. Вначале у Ники возникло чувство тревоги, но затем напряженность спала. Сначала терапевт должен был находиться рядом с ней. Во второй половине поездки терапевт стоял в противоположном конце автобуса, а по дороге назад Ника ехала в одиночку, хотя и с перерывами. Две остановки она проехала сама и подождала терапевта. Затем она проехала 5 остановок, а потом еще 5. Изначально тревога была высока при поездке в одиночку, но, когда те-*

рапевт с Никой вернулись на прежнее место, она была очень довольна своим результатом. В последующие дни она уже была в состоянии ездить на автобусе в одиночку и начала самостоятельно выполнять экспозицию в метро. В качестве первого шага была поставлена задача войти в зал метро, следующим шагом — проехать одну остановку на метро и вернуться обратно, затем проехать пять остановок.

В течение следующих 4 недель ежедневного воздействия Ника избавилась от агорафобии. Перестать принимать диазепам она пыталась в течение 8 недель. Потом она принимала только одну таблетку в дозировке 20 мг пароксетина в день (вечером, так как после него у нее сонное состояние). Далее, чтобы утвердиться в своей смелости, она в одиночку уехала в горы Коноше, на фуникулере поднялась на гору Снежку и приняла участие в однодневной экскурсии. Она сделала это сама, без сопровождения и потребности вдиазепаме. В годовом катамнезе у Ники не возникло проблем, и дозировка пароксетина была снижена до 20 мг через день. После 15 месяцев приема препарат был полностью отменен. Теперь, после двух лет с момента окончания лечения, у Ники не возникает никаких трудностей, — она без проблем перемещается на транспортных средствах и делает покупки в крупных магазинах.

Заключение

Агорафобия — это страх общественных и людных мест, большого скопления людей, отдаления от дома, магазинов, перемещения на транспортных средствах и на лифте, замкнутых пространств и т.д. Тревога вызывается как наличием фобического стимула, так и удалением из безопасного места.

Основное лечение агорафобии включает в себя экспозиционную терапию, предпочтительно в рамках более широкой КБТ. Лечение без фармацевтических препаратов мы проводим в том случае, если это является предпочтением пациента, также, если мы имеем случай агорафобии средней или легкой степени тяжести, и в ситуации, когда отсутствует другое сопутствующее психическое расстройство (кроме панического расстройства). В случае агорафобии тяжелой степени, которая длится в течение пяти и более лет, при коморбидности с депрессивным расстройством, дистимией, другим тревожным расстройством или расстройством личности мы используем комбинацию КБТ и лечение с помощью антидепрессантов. Кроме того, мы назначаем антидепрессанты в том случае, если 12-ти недельная КБТ (около 16 сеансов) не показала значительное улучшение состояния пациента.

Литература

Agras S., Leitenberg H., Barlow D.H. Social reinforcement in the modification of agoraphobia. Arch. Gen. Psychiatry, 1968, č. 19.

American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Am. J. Psychiatry, 1998, č. 155 (suppl. 5).

American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders. Compendium, 2002.

Asmundson G.J.G., Tailor S. Anxiety disorders: Panic disorder with and without agoraphobia// Tasman A., Kay J., Lieberman J.A. (eds.) Psychiatry, 2nd edition. Chichester: Wiley, 2003.

Bandura A. Selfiecacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Rev., 1977, č. 84.

Ballanger J. C., Lydiard R. B., Turner S. M. Panic disorder and agoraphobia// Gabbard, G.O, Atkinson, S. D. (eds.) Synopsis of treatments of psychiatric disorder. Second edition. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
Barlow D. H. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. NY (NY): Guilford Press, 1988.
Barlow D.H. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status. J. Clin. Psychiatry, 1997, č. 58 (suppl. 2).
Barlow D.H., Brown T.A. Psychological treatments for panic disorder and panic disorder with agoraphobia//Mavissakalian M.R., Prien R.F.: Longterm treatments of anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
Barlow D.H., Craske M.G., Cerny J.A. et al. Behavioral treatment of panic disorder. Behavioral Therapy, 1989, č. 20.
Beck A.T., Emery G. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. NY: Basic Books, 1985.
Beck A.T., Sokol L., Clark D.A. et al. Acrossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. Am. J. Psychiatry, 1992, č. 149.
Black D.W., Wesner R., Bowers W. et al. A comparison of fl uvoxamine, cognitive therapy and placebo in the treatment of panic disorder. Archives of General Psychiatry, 1993, č. 50, Boyer 1995.
Bowlby J. Attachment and Loss, vol 2: Separation Anxiety and Anger. London: Hogart Press and the Institute of Psychoanalysis, 1973.
Chambless D.L. Spacing of exposure session in treatment of agoraphobia and simple phobia. Behavior Therapy, 1990, č. 21.
Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A. et al. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. Br. J. Psychiatry, 1994, č. 164.
Clark D.M. Panic disorder: From theory to therapy//Salkovskis P. M. (ed.) Frontiers of cognitive therapy. NY: Guilford Press, 1996.
Côté G., Gauthier J., Laberge B. The impact of medication use on the eficacy of cognitive-behavioral therapy for panic disorder. Presented at the 26th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Boston: November 1992.
Craske M.G., Barlow D.H. Manuál k agorafobii. Liptovský Mikuláš: Centrum duševného zdravia, 1997, překlad M. Šlepecký, E. Poloncová.
Craske M.G., Rapee R.M., Jackel L. et al. Qualitative dimensions of worry in DSM—III—R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. Behav. Res. Ther., 1989, č. 27.
Craske M.G., Brown T.A., Barlow D.H. Behavioral treatment of panic: a two-year follow up. Behavioral Therapy, 1991, č. 22.
Craske M.G., Maidenberg E., Bystricky A. Brief cognitive-behavioral versus non-directive therapy for panic disorder. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1995 č. 26.
Eaton W.W., Dryman A., Weissman M. Panic and phobia// Robins, L. N., Reg ier, D. A. (eds.) Psychiatric disorders in America. NY: Free Press, 1991.
Emmelkamp P.M.G., Merch P.P. Cognition and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia: short-term and delayed effects. Cog. Ther. Res., 1982, č. 6.
Faravelli C., Paterniti S., Scarpato M.A. Five-year prospective, naturalistic follow up study of panic disorder. J. Comprehensive Psychiatry, 1995, č. 36.
Fiegenbaum W. Long-term eficacy of ungraded versus graded massed exposure in agoraphobics// Hand I., Wittchen H. (eds.) Panic and Phobias: Treatment and Variables Affecting Course and Outcome. Berlin: Springer, 1988.
Foa E.B., Jameson J.S., Turner R.M. et al. Massed vs. spaced exposure session in the treatment of agoraphobia. Behavior Research and Therapy, 1980, č. 18.
Foa E.B., Kozak M.J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. Psychological Bull., 1986, č. 99.
Fux M., Taub M., Zohar J. Emergence of depressive symptoms during treatment for panic disorder with specific 5-hydroxytryptophan reuptake inhibitors. Acta Psychiatr. Scand., 1993, č. 88.
Ghost A., Marks I.M. Self-treatment of agoraphobia by exposure. Behav. Ther., 1987, č. 18.
Gould R.A., Otto M.W., Pollack M.H. A metaanalysis of treatment outcome for panic disorder. Clinical Psychology Review, 1995, č. 15.
Guidano V. The agoraphobic cognitive organization//Complexity of the Self. NY: Guilford Press, 1987.

Hafner J., Marks I.M. Exposure in vivo of agoraphobics: contributions of diazepam, group exposure, and anxiety evocation. Psychol. Med., 1976, č. 6.
Holden A.E., O'Brian G.T., Barlow D.H. et al. Self-help manual for agoraphobia: a preliminary report on effectiveness. Behav. Res. Ther., 1983, č. 14.
Jacobson N.S., Wilson L., Tupper C. The significance of treatments gains resulting from exposure-based intervention for agoraphobia: a re-analysis of out- come data. Behav. Ther., 1988, č. 19.
Janicak P.G.: Handbook of Psychopharmacotherapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
Jansson L., Öst L.G. Behavioral treatments for agoraphobia: an evaluative review. Clin. Psychol. Rev., 1992, č. 2.
Jefferson J.W. Antidepressants in Panic Disorder. J. Clin. Psychiatry, 1997, č. 58 (suppl. 2).
Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis of psychiatry. 8th edition. Baltimore: William and Wilkins, 1998.
Katschnig H., Amering M.A., Stolk J.M. et al. Longterm follow-up aft er a drug trial for panic disorder. Br. J. Psychiatry, 1991, č. 176.
Kessler R.C., McGonagle K.A. Zhao S. et al. Lifetime and 12-month pre- valence of DSM—III—R psychiatric disorders in the United States. Arch. Gen. Psychiatry, 1994, č. 51.
K losko J.S., Barlow D.H., Tassinari R. A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. J. Consult. Clin. Psychol,. 1990, č. 58.
Lesser I.M., Rubin R.T., Pecknold J.C. et al. Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. Arch. Gen. Psychiatry., 1988, č. 45.
Manassis K., Bradley S., Goldberg S. et al. Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry., 1994, č. 33.
Margraf J., Schneider S. Outcome and active ingredients of cognitive-behavioral treatments for panic disorder. Presented at the 25th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. NY: November, 1991.
Markovitz J.S., Weissmann M.M., Ouellettte R. et al. Quality of life in panic disorder. Arch. Gen. Psychiatry., 1989, č. 46.
Marks I.M. Living With Fear: Understanding and Coping With Anxiety. NY: McGraw-Hill, 1978.
M arks I.M., Mathews A.M.: Brief standard self—rating for phobic patients. Behaviour Research and Therapy, 1979, č. 17.
Marshall W.L. The effects of variable exposure in flooding therapy. Behav. Ther., 1985, č. 16.
Mavissakalian M., Barlow D.H. Phobia: psychological and pharmacological treatment. NY: Guilford Press, 1981.
Mavissakalian M., Michelson L. Two-year follow-up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia. Am. J. Psychiatry, 1986, č. 143.
Mavissakalian M., Perel J.M. Protective effects of imipramine maintenance treatment in panic disorder with agoraphobia. Am. J. Psychiatry, 1992, č. 149.
McNally R.J. Panic disorder: A critical analysis. NY: Guilford Press, 1994.
Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum (přeloženo z anglického originálu). Praha: Psychiatrické centrum, 1996, Zprávy č. 134.
Milrod B., Bush F., Cooper A., et al. Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, 1997.
Možný P., Praško J. Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe. Praha: Triton, 1999.
Nemiah J. C. The psychodynamic view of anxiety: an historical perspective//Roth M., Noyes R., Burrows G.D. (eds.) Handbook of Anxiety, vol 1. NY: Elsevier Science, 1988.
Oehrberg S., Christiansen P.E., Behnke K. et al. Paroxetine in the treat- ment of panic disorder: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. British Journal of Psychiatry, 1995, č. 167.
O'Sullivan G., Noshirvani H., Marks I. et al. Six-year follow-up aft er expesure and clomipramine therapy for obsessive compulsive disorder. J. Clin. Psychiatry, 1991, č. 52.
Öst L.G., Westling B.E., Hellestrom K. Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. Behav. Res. Ther., 1993, č. 31.
Pollock C., Andrews G. Defense styles associated with specific anxiety disorders. Am. J. Psychiatry, 1989, č. 146.
Praško J., Kosová J. Kognitivně behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Praha: Triton, 1998.
Praško J., Prašková H. Jak zvládat paniku a strach cestovat. Praha: Grada, 1998.

Prašková H., Praško J. Úzkostné a fobické poruchy. Praha: Galén, 2000.
Rachman S.J. Agoraphobia: A safety-signal perspective. Behaviour Research and Therapy, 1984, č. 22.
Rachman S.J., Craske M.G., Tallman K. et al. Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. Behav. Ther., 1986, č. 17.
Sartory G., Master D., Rachman S.J. Safety-signal therapy in agoraphobics: A preliminary test. Behaviour Res. Ther., 1989, č. 27.
Schneier F.R., Marshall R.D., Street, L. et al. Social phobia and specific phobias. In: Gabbard G.O., Atkinson S.D. (eds.): Synopsis of Treatments of Psychiatric Disorder, 2nd edition. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
Shear M.K., Weiner K. Psychotherapy for panic disorder. J. Clin. Psychiatry, 1997, č. 58 (suppl. 2).
Shear M. Panic disorder with and without agoraphobia//Tasman A., Kay J., Lieberman J.A. (eds.) Psychiatry. W. B. Saunders Company, 1997.
Shehi, M.Patterson W.M. Treatment of panic attacks with alprazolam and propranolol. Am. J. Psychiatry, 1984, č. 141.
Telch M.J., Lucas J.A., Schmidt N.B. et al. Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. Beh. Res. Ther., 1993, č. 31.
Tiffon L., Coplan J. D., Papp L.A. et al. Augmentation strategies with tricyclic or fluoxetine treatment in seven partially responsive panic disorder patients. J. Clin. Psychiatry, 1994.
Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J. et al. The crossnational epidemiology of panic disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 1997, č. 54.
Wilborg I.M., Dahl A.A. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? Arch. Gen. Psychiatry, 1996, č. 53.
Zeitlin S.B., McNally R.J. Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. Am. J. Psychiatry, 1993 č. 150.
Zitrin C.M., Klein D.F., Woerner M.G. et al. Treatment of phobias, I: comparison of imipramine hydrochloride and placebo. Arch. Gen. Psychiatry, 1983, č. 40.

8.2.4. КБТ социальной фобии

Ян Прашко, Хана Прашкова, Яна Выскочилова

8.2.4.1. Основные сведения о социальной фобии

Социальная фобия проявляется в форме сильного и постоянного страха одной или нескольких социальных ситуаций, после чего следует их явное избегание, которое приводит к уменьшению тревоги ценой значительного разрушения жизни. Пациенты, как правило, осознают тот факт, что их страх является чрезмерным, необоснованным и недостойным, но это осознание им не помогает. Наступает страх от ожидания страха — страх страха. Подобные проблемы встречаются также у здоровых людей, но в меньшей степени, и они не мешают им в реальной жизни. Социальная фобия диагностируется сравнительно редко. Пациентам, при наличии этих проблем, стыдно обращаться к специалисту. Они полагают, что их тревогу в социальных ситуациях можно считать чертой их характера, либо они боятся получить ярлык, что страдают психическим расстройством. Кроме того, они не верят в то, что для устранения их стыда может существовать какое-либо лечение. Социальная фобия может быть специфичной (касающейся только специфичных ситуаций, таких как прием пищи или возможность что-либо спросить у других людей) или генерализованной (касающейся широкого спектра социальных ситуаций). У здоровых людей такие страхи появляются в меньшей степени.

1) Клинические проявления социальной фобии

Социальная фобия является очень распространенным и потенциально изнурительным психическим расстройством. Если ее должным образом не лечить, то она часто лишает человека нормальной жизни, а также ограничивает способность больного учиться, быть успешным в своей рабочей карьере, влияет на возможность строить качественные отношения. Социальная фобия является более сложной, чем простая фобия. Она сосредоточена на боязни негативных последствий социального взаимодействия, таких как: критика, негативная оценка, насмешки, отвержение со стороны других людей. В дальнейшем страх может относиться только к определенным аспектам социального взаимодействия (например, обращение, ответ на неожиданный вопрос, выступление), или к определенным ситуациям (разговор по телефону, прием пищи, писание в присутствии других, работа в группе), к определенным людям (например, авторитетным людям, чиновникам, людям противоположного пола). Важной частью являются стрессовые мысли, представления или фантазии, которые также включают ожидание негативной оценки. Обычно больной убежден в том, что другие заметят симптомы его тревоги. Например, человек с боязнью писать в присутствии других людей убежден в том, что все увидят дрожание его рук, что действительно может произойти в связи с его высокой напряженностью. Возникает порочный круг, когда чрезмерный страх порождает тревогу, которая повреждает составляющую часть его производительности и, таким образом, обеспечивает ясное оправдание для избегания фобических ситуаций.

Наиболее распространенные симптомы социальной фобии: страх, что другие смотрят на вас, что вы опозоритесь, окажитесь в центре внимания, будете неестественно себя вести, боязнь вечеринок, встреч, страх принимать пищу перед людьми, пользоваться общественными туалетами, говорить перед группой, писать что-либо перед людьми (заполнять бланки), говорить перед аудиторией, завязать разговор, поддержать его, попросить о том, в чем человек нуждается и на что имеет право, сказать «нет», избегание социальных ситуаций, вегетативные симптомы при попадании в социальные ситуации.

Таким образом, социальная фобия выражается в форме страха социальных ситуаций, особенно боязни любопытных взглядов со стороны других людей. Опасения могут быть *специфичными* (т.е. боязнь приема пищи в присутствии других, телефонных разговоров, публичных выступлений или встреч с людьми противоположного пола) или *диффузными* (т. е. охватывающие почти все социальные ситуации, кроме семейного круга). Социальная фобия обычно ассоциируется с низкой самооценкой и боязнью критики. Многие люди жалуются на покраснение, трудности при взгляде глаза в глаза, дрожание рук, тошноту или срочную потребность помочиться, что является вторичными симптомами тревоги. Иногда больной убежден в том, что это основная проблема. Примечательно избегание социальных ситуаций, которое, в крайних случаях может привести к практически полной социальной изоляции.

2) Диагноз социальной фобии

Для установления диагноза социальной фобии Международная классификация болезней (МКБ-10, 1996) учитывает наличие у пациента боязни социальных ситуаций, избегающего поведения и не менее двух симптомов тревоги в пугающей ситуации.

Диагностические критерии МКБ-10 социальной фобии (1996)

А. Должен присутствовать один из следующих симптомов:
1) пациент испытывает сильный страх того, что он окажется в центре внимания, или будет вести себя неприличным или унизительным образом;
2) явно избегает ситуаций, где он может оказаться в центре внимания, или будет беспокоиться о том, что ведет себя унизительным или неподобающим образом. Эти страхи проявляются в социальных ситуациях: прием пищи или публичное выступление, встреча знакомых людей в общественном месте, или участие в небольших группах (например, вечеринки, встречи, учебный класс).

Б. В начале заболевания должны проявиться, по крайней мере, два симптома тревоги в пугающей ситуации, как определено в 40,0 F, — критерий В совместно с одним из следующих симптомов:
1) покраснение или тремор,
2) страх рвоты,
3) потребность или страх мочеиспускания или дефекации.

В. Тяжелая эмоциональная тревога вызвана симптомами или избеганием этих симптомов, и человек осознает, что эта тревога является чрезмерной и необоснованной.

Г. Симптомы приурочены к пугающей ситуации или к ее ожиданию, либо значительно превалируют в этих ситуациях.

Д. Наиболее часто используемое положение об исключении: Симптомы, перечисленные в пункте А и Б не являются результатом бреда, галлюцинаций или других расстройств, таких как: органические психические расстройства, шизофрения или родственные расстройства, расстройства настроения или обсессивно-компульсивное расстройство.

3) Эпидемиология социальной фобии

По данным эпидемиологических исследований ECA (Epidemiological Catchman Area Study), распространенность социальной фобии на протяжении всей жизни составила 2,8 % (Schneier и др., 1992), из которой 70 % — женщины. Однако методология исследования была неполной, и поэтому коэффициент оказался слишком заниженным. Последующее крупное исследование NCS (National Comorbidity Survey) установило распространенность 13,3 % на протяжении всей жизни и годовую распространенность 7,9 % (Magee и др., 1996; Kessler и др., 1998). Около 80—90 % людей проходят в жизни такой период, когда они чрезмерно застенчивы. Средний возраст проявления социальной фобии — 15 лет. В клинической практике на долю социальной фобии приходится около 30 % от всех фобий и 18 % от всех пациентов, проходивших лечение тревожных расстройств. Это вторая самая часто встречающаяся фобия после агорафобии. Социальной фобии подвержены одинаково как мужчины, так и женщины, независимо от интеллекта, образования, финансового положения, работы. Социальная фобия диагностируется сравнительно редко, в основном, потому, что пациентам стыдно обращаться к специалисту из-за этих проблем. Они считают, что тревога в социальных ситуациях является чертой их характера, а также боятся, что их будут воспринимать как психически больных людей. Другая причина заключается в том, что даже специалисты зачастую не думают об этой диагностической категории. Нарушения, связанные с избегающим поведением и тревогой в социальных ситуациях, оказывают влияние и на финансовое положение больных. Большинство из них относятся к группе людей с низким доходом, и более чем 20 % этих больных зависят от пенсии по инвалидности или другого вида социальных пособий. Больные, страдающие социальной фобией, как правило, менее образованы, что объясня-

ется влиянием этого расстройства на способность учиться. Очевидно и влияние социальной фобии на способность совместного существования с другими людьми, — эти больные гораздо чаще живут без партнера, чем здоровые люди. Наличие социальной фобии у родителей обозначает высокий риск развития социальной фобии, депрессии, пристрастия к алкоголю и других тревожных расстройств у их детей в подростковом возрасте (Lieb и др., 2000). Другими факторами риска являются: отсутствие тесной взаимосвязи у взрослых людей, семейный конфликт между родителями, психическое расстройство у одного, или у обоих родителей, частые переезды на новое место жительства в детстве, жестокое обращение с детьми, побеги из дома, плохие оценки в школе (Chartier и др., 2001).

4) Этиопатогенетические факторы социальной фобии

Этиология до настоящего времени была мало изучена. Подобно другим случаям тревожных расстройств, предполагается дисфункция серотонинергической и норадренергической системы, а также генетически обусловленная уязвимость. В целом, социальная фобия считается выученным страхом, как посредством прямого обусловливания, так и путем моделирования и получения информации из окружения. Менее распространено, когда пациент описывает в качестве начала расстройства простое травматическое событие. Скорее, страх развивается постепенно, а фобия является результатом повторного, часто незначительного травмирующего опыта, либо возникает посредством социального научения — например, повторением за родителями. Иногда, значительное стрессовое событие приводит к более быстрому формированию фобии (например, насмешка учителя перед классом).

Биологические факторы

Значительный семейный компонент с десятикратным риском развития социальной фобии или избегающего расстройства личности в первой степени родства установил Штейн (1998). Предполагается генетически обусловленная уязвимость. Кендлер (1992) при изучении близнецов с фобиями доказал, что семейную агрегацию фобий можно отнести к генетическим факторам со средней степенью наследуемости около 30—40 %.

Аналогично случаям других тревожных расстройств, при социальной фобии предполагается дисфункция серотонинергической, норадренэргической, ГАМК и дофаминергической системы. Пациенты с социальной фобией имеют пониженную реакцию гормона роста на провокацию клонидином, что может указывать на норадренэргическую дисфункцию, как и при паническом расстройстве (Tancer и др. 1993). Неясной является функция ГАМК-рецепторов. Исследование Джонсона (1998) показало существенное снижение плотности второстепенных бензодиазепиновых рецепторов. Другое исследование не установило, что антагонист бензодиазепина, флумазенил, вызывал бы более высокий стресс у пациентов, страдающих социальной фобией, чем у здоровых людей (Coupland и соавт., 2000). Тем не менее, была установлена хорошая эффективность СИОЗС для социальной фобии. Доказательств, свидетельствующих о дисрегуляции серотонинергической системы, существует лишь малое количество. Танцер (1994) обнаружил повышенную реакцию кортизола на введение фенфлурамина, что свидетельствует о нарушении серотонинергической чувствительности. Однако, пациенты с со-

циальной фобией в следующих исследованиях не показали никакой альтернации для обратного захвата 5-HT на тромбоцитах (Stein и соавт. 1995), либо нарушение реакции пролактина на введение м-CPP (Hollander и соавт. 1998). Предполагается, что социальная фобия может быть связана с уменьшением центрального дофаминергического тона, как показывает ее развитие после введения лекарственных препаратов, блокирующих центральный допамин (Mikkelson и соавт., 1981) и эффективное лечение ингибитором обратного захвата дофамина бупропионом (Emmanuel и соавт. 1991). Социальная фобия также была связана с 20 % уменьшением плотности дофаминового транспортера в стриатуме на SPECT (Tiihonen и др. 1997) со снижением потенциала дофаминовых D2-рецепторных участков (Schneier и др. 2000).

Исследования с использованием методов нейровизуализации в случае социальной фобии все еще находятся в начальной стадии. Структурные нейровизуализационные исследования не показали волюметрических различий у пациентов, страдающих социальной фобией, по сравнению со здоровыми пациентами (Potts и др., 1994), а следующие не нашли различий в региональном кровотоке в базальном спокойном состоянии (Stein и Leslie, 1996). Тем не менее, в исследовании у людей с социальной фобией по сравнению со здоровыми людьми была установлена селективно более высокая активация в амигдале (миндалевидном теле), как реакция на эмоционально нейтральные грани во время функциональной магнитно-резонансной томографии (МРТ) (Birbaumer и др., 1998). В исследовании PET, которое в качестве стимула, повышающего социальную тревожность, использовало провоцирующий сценарий, у пациентов, страдающих социальной фобией, увеличился кровоток в передней части центральной извилины, дорсолатеральном префронтальном кортексе, орбитофронтальном кортексе и в инсуле — в областях, где происходит обработка эмоций. Однако, амигдала была относительно деактивирована (Bell и соавт. 1999). SPECT исследования пациентов, страдающих социальной фобией и измеренных с помощью СИОЗС до и после лечения, показали высокую базальную активность в левом темпоральном кортексе и в левых медиофронтальных областях у нереспондентов по сравнению с респондентами (Linden и др. 2000).

Психодинамическая теория

В традиционной психодинамической формулировке фобии рассматриваются как компромиссное образование, которое позволяет рассматривать запрещенные и провоцирующие тревогу сексуальные и агрессивные желания, что приводит к мобилизации трех защитных этапов: проекции, отрицания и избегания — именно они приводят к возникновению у человека фобии. В этом контексте можно представлять страх публичного выступления, как сильную тревогу, вызванную за скрытым желанием отличиться, добиться успеха, восхищать.

Согласно теории объектных отношений социальная тревожность является результатом ранних внутриличностных травмирующих отношений: близкие люди были чрезмерно критичны, смеялись над своим ребенком или позорили его. Эти травмирующие интроекты из детства, затем в зрелом возрасте проецируются на других людей, что приводит к социальной тревожности (Gabbard, 1992). Габбард представил следующие модели, чтобы понять социальную фобию:

1. чувство стыда отражает бессознательное желание быть в центре внимания;
2. чувство вины — результат желания устранить конкурентов и, вследствие этого, опасения, что человек способен это осуществить;
3. сепарационная тревога, связанная с попытками автономии, конкурирующая со страхом потери любви близких людей.

Гипотезы об этиопатогенезе социальной фобии с точки зрения теории обучения — см. КБТ-модель социальной фобии.

5) Дифференциальная диагностика и коморбидность социальной фобии

Избегание определенных социальных ситуаций, которые, как правило, являются источником дискомфорта, широко распространены — в особенности речь идет о страхе какого-либо публичного выступления. Мы говорим о социальной тревожности, которой страдает около 40 % населения. Кроме того, при шизофрении, депрессивном расстройстве, ОКР и параноидальном или шизоидном расстройстве личности могут присутствовать значительная тревога и избегание определенных социальных ситуаций. Преобладающий состав симптомов в этих случаях отличается. Пациенты, страдающие *шизофренией,* избегают социальных ситуаций из-за различных непредсказуемых опасений, у них часто слабо развиты социальные навыки, и они социально изолированы. Люди, страдающие *депрессией,* часто изолируются по причине общего страха потерпеть неудачу, либо из-за нежелания общаться с людьми вовсе, они не испытывают радость от общения с другими людьми и стыдятся своего состояния. В отличие от пациентов с социальной фобией, они не желают находиться среди людей. Люди, страдающие *ОКР,* могут попытаться избежать социальных ситуаций из-за опасения заражения, или поддаться агрессивным обсессиям. Люди, страдающие *параноидальным расстройством личности,* боятся, что их кто-либо использует или сделает им что-то очень неприятное, так как им кажется, что другие имеют намерение сделать это. Больные, страдающие *шизоидным расстройством личности,* часто не заинтересованы в контакте с другими людьми, так как они уверены, что другие люди не могут предложить им что-либо полезное. Подобным образом пациенты с *агорафобией и ПР* иногда избегают ряда социальных ситуаций, при этом, их главной озабоченностью является беспокойство, что им станет плохо. Первичным для таких людей является страх паники. Трудноотличимым считается *избегающее расстройство личности.* При *избегающем расстройстве личности* характерно долгосрочное избегание межличностных контактов из-за страха быть отвергнутым. Тревога в этом случае может быть не столь сильной, по причине избегания пациентом всех пугающих ситуаций, однако, на основе избегающего расстройства личности может развиться социальная фобия. Вопрос в том, что все эти различные расстройства скорее выглядят как многообразные варианты одной и той же клинической единицы.

Эпидемиологические исследования показали значительную коморбидность между пожизненной социальной фобией и различными расстройствами настроения (Kessler и др., 1999). Около 60 % пациентов, страдающих социальной фобией, соответствуют критериям, по крайней мере, одного какого-либо другого расстройства. В большинстве случаев социальная фобия предшествует развитию коморбидного расстройства.

Преобладающая коморбидность социальной фобии

Специфическая фобия	59 %
Агорафобия	45 %
Генерализованное тревожное расстройство	43 %
Дистимия	21 %
Злоупотребление алкогольными напитками	19 %
Паническое расстройство	17 %
Тяжелая депрессия	17 %
Злоупотребление наркотическими веществами	17 %

Социальная фобия может быть также связана с некоторыми из расстройств личности, в частности с избегающим расстройством личности (Dyck и др., 2001). У эпидемиологически идентифицируемых пробандов с присутствием социальной фобии, избегающего расстройства личности или наличием обоих заболеваний, был установлен аналогичный повышенный семейный риск развития социальной фобии. Вероятно, что оба расстройства скорее представляют степень социальной фобии, чем отличительные клинические единицы (Tillfors и др., 2001). Одним из наиболее проблемных коморбидных расстройств социальной фобии является зависимость от алкогольных напитков.

6) Развитие социальной фобии

Более половины пациентов, страдающих социальной фобией, имеют значительное нарушение во многих сферах жизни, независимо от того, какую социальную поддержку они получают от своего окружения (Schneier и др., 1994; Stein и Kean, 2000). Хотя расстройство, как правило, является хроническим, его тяжесть может колебаться с обострениями, во время которых чувство тревоги усиливается при «угрожающем» виде деятельности. Это, впоследствии, приводит к увеличению тревоги, которая снова увеличивает фобическое избегание этой деятельности. Из-за потребности избегать фобические ситуации возникают значительные трудности. Страх публичного выступления может навредить профессиональной карьере. Последнее крупное долгосрочное ретроспективное исследование людей с жизненным проявлением социальной фобии в возрасте 15—64 лет показало, что примерно у половины людей в течение жизни произошла ремиссия, и средняя продолжительность расстройства составляла 25 лет (DeWit и др., 1999). Предикторами плохих прогнозов были: начало социальной фобии до 8-го года жизни, коморбидное психическое расстройство, низкий уровень образования, большее количество симптомов перед начальной оценкой и коморбидные соматические проблемы.

С социальной фобией часто бывает связано суицидальное поведение, особенно в тех случаях, которые связаны с коморбидностью. Больные, страдающие социальной фобией и другими сопутствующими расстройствами, приблизительно в 6 раз чаще, чем остальные, совершают попытку самоубийства. Одним из самых проблемных осложнений социальной фобии является развитие алкогольной зависимости. Социальная фобия часто предшествует развитию зависимости, а лечение этой зависимости может быть ограниченно присутствием социальной фобии.

Последствия социальной фобии

Люди, страдающие социальной фобией, по сравнению с общей численностью населения гораздо чаще: не состоят в браке; имеют более низкий уровень образования; зависят от государственных субсидий; страдают другими психиатрическими расстройствами; злоупотребляют алкогольными напитками, наркотическими веществами; заканчивают жизнь самоубийством; не имеют стабильной работы; являются социально изолированы.

8.2.4.2. Социальная фобия с точки зрения КБТ

Для объяснения происхождения и поддержания социальной фобии было создано несколько бихевиоральных и когнитивных моделей. Отдельные модели похожи друг на друга по многим аспектам. Подобным образом пересекаются и вытекающие из них терапевтические стратегии. В клинической работе большинство терапевтов используют комбинацию этих моделей.

1) Бихевиоральная модель социальной фобии

Двухфакторная теория Морера (1960) представляет модель для понимания роли обусловливания в приобретении и поддержании социальной фобии подобным другим тревожным расстройствам образом. Социальная фобия может рассматриваться в качестве выученного страха. Обучение происходит как посредством прямого обусловливания, так и моделирования и / или влияния информации из окружения. Страх развивается постепенно, а социальная фобия, впоследствии, является результатом повторного, более или менее, вредного опыта, либо возникает посредством социального научения. Иногда сильное стрессовое событие гораздо быстрее может поспособствовать развитию фобии (например, насмешка над ребенком со стороны учителя перед классом). Страх может постепенно развиваться через обобщение и передаваться на другие подобные ситуации. Кроме прямого воздействия социальных травмирующих событий, основой социальной фобии может стать научение у социально тревожных родителей или передача информации — описание негативных последствий социального взаимодействия значимых лиц, (Ost, 1987, Stemberger и др., 1995). Родители больных, страдающих социальной фобией, зачастую воспитывают социально тревожных детей так, что различными способами (моделированием, чрезмерной защитой, критичностью, сравнением с другими, устрашением по поводу социальных последствий) предотвращают их столкновение с социальными ситуациями, что мешает развитию социальных навыков (Hudson и Rapee, 2000). Другая бихевиоральная модель говорит о том, что эта группа пациентов часто имеет нарушенные коммуникативные навыки (например, плохой зрительный контакт, трудности в поддержании разговора и другое), что может привести к негативной реакции других людей, и, таким образом, социальное взаимодействие становится уязвимым и вызывающим беспокойство (Salkovskis и Lucock, 1988).

У Павла социальная фобия появилась, когда ему было 13 лет. В то время он перенес операцию на языке, и ему стало казаться, что говорит гнусавым голосом. Поэтому он начал говорить тихо, думая, что этим сможет скрыть свой недостаток. Одноклассники высмеяли его несколько раз, и Павел перестал полностью с ними разговаривать. Ему с трудом удавалось сдавать в школе экзамены — при сдаче он заикался и краснел. Его успеваемость значительно ухудшилась. В то время, когда другие ребята начали встречать-

ся с девушками, Павел почувствовал значительное препятствие — он думал, что все еще заикается, при разговоре краснеет, иногда он совсем не знает, о чем говорить. Поэтому Павел никогда не встречался с девушками. В своей возрастной группе он не приобрел важные социальные навыки: умение говорить с людьми противоположного пола, устанавливать и вести разговор. Когда после нескольких лет он пришел на лечение, его социальная тревожность относительно быстро ушла после лечения моклобемидом и с помощью экспозиции. Тем не менее, со снижением социальной тревожности раскрылась новая проблема — Павла необходимо обучать новым социальным навыкам.

Для лечения не требуется точно знать, из-за чего возникла фобия или как она началась. Более важным является осознание механизмов, которые поддерживают социальную фобию. С бихевиоральной точки зрения поддержанию социальной фобии служит: защитное и избегающее поведение, гиперчувствительность, поведение окружающих людей, которые «оценивают» проявления социальной тревоги, отсутствие социальных навыков, антиципационная тревога.

Избегающее и защитное поведение

Люди с социальной фобией, как правило, избегают ситуаций, которых они боятся, т. е. тех ситуаций, в которых они могут попасть под взгляды окружающих людей. Целью избегающего поведения является избегание неприятных событий. Это приводит к постепенному сужению общественной деятельности, а иногда и к полной изоляции. Если пациент будет избегать общественной деятельности, он не сможет в достаточной мере «укрепиться», чтобы перестать ее бояться. Кроме того, с увеличением случаев уклонения и избегания, пациент обычно забывает и те социальные навыки, которые им ранее были освоены.

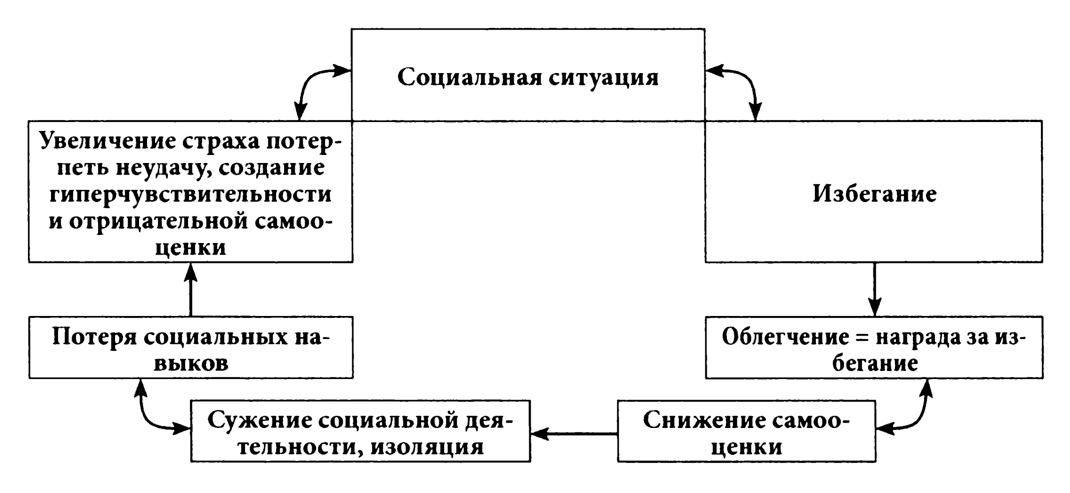


Рис. 8.21. Порочный круг избегающего поведения и его последствия

Некоторые люди, страдающие социальной фобией, избегают ситуаций, которых они боятся, замаскированным и скрытым способом. Чтобы избежать оценки других, они отвлекают от себя внимание на что-нибудь другое. Этим действием они пытаются свести к минимуму риск оценки своего поведения другими людьми. Мы говорим о *защитном поведении*. Оно похоже на избегающее поведение,

а также выступает в качестве фактора, поддерживающего социальную фобию. У других людей это может выражаться в неприметном одевании, они никогда первыми не начинают разговор, избегают зрительного контакта, отвечают на вопросы очень кратко, или принимают участие в социальных ситуациях только под воздействием алкоголя и т.д.

Владимир работает руководителем отдела в банке. Он боится, что при чаепитии у него будут сильно трястись руки, и, если это увидят другие, то он опозорится. Поэтому он старается избегать чаепития с остальными сотрудниками. Однако этого невозможно избегать на официальных встречах. Иногда он отказывается от чая, ссылаясь на нежелание пить, при этом чувствует, что подобное не может продолжаться все время, не вызывая вопросов. Поэтому, он иногда соглашается, а затем, пытаясь отвлечь внимание других от своих рук, показывает картину на стене и начинает о ней рассказывать. И когда остальные посмотрят в этом направлении, он обеими руками берет чашку и начинает пить.

Бланка испытывает трудности начать разговор. Когда с ней кто-нибудь заговорит первым, она, как правило, уже в состоянии продолжить диалог. Поэтому, она предпочитает делать покупки в супермаркетах, где она сама может взять товар, а не просить его. Она нашла способ, как покупать продукты у прилавка. Она входит в магазин и просто указывает пальцем на необходимые товары. Продавщица спрашивает ее: «Вам нужен этот шоколадный батончик?» После вопроса продавщицы Бланка уже в состоянии продолжить разговор и попросить другие товары.

Гиперчувствительность

У людей, страдающих социальной фобией, постепенно развивается очень специфическая чувствительность к восприятию угрозы в межличностных ситуациях. Они сосредоточены на малейших сигналах со стороны других людей, которые могут означать отвержение. Они обращают внимание, когда кто-то на мгновение посмотрит в их сторону, ухмыльнется, слегка покачает головой, сделает отрицательный жест. Естественно, многие из этих сигналов не относятся к ним, либо относятся к ним в малой степени. Тем не менее, такие люди склонны объяснять эти сигналы, как полное отвержение всего того, что они делают или говорят.

Поведение окружающих людей, которые «оценивают» социальную тревожность

См. подраздел о межличностных факторах социальной фобии.

Отсутствие социальных навыков

Учитывая тот факт, что социальная фобия, как правило, начинается в тот момент, когда далеко еще не все важные социальные навыки изучены, многие люди, страдающие социальной фобией не в состоянии естественным путем, например, знакомиться с людьми противоположного пола, говорить перед группой людей и т.д. У некоторых эти навыки изначально были хорошо развиты, однако, из-за длительного неиспользования, они забылись (например, у женщин, находящихся в декретном отпуске). Отсутствие социальных навыков увеличивает вероятность неудачи в социальных ситуациях, что приводит к поддержанию социальной фобии.

Антиципацонная тревога

Преждевременный страх часто бывает сильнее страха в реальной ситуации. Именно по этой причине так часто возникает избегающее поведение. Если пациент заранее готовится к ситуации путем воображения себе самого худшего, что может случиться, весьма вероятно, что он попытается избежать этой ситуации. Преждевременное устрашение часто действует в качестве «автогипноза».

2) Когнитивная модель социальной фобии

При социальной фобии был найден целый ряд когнитивных искажений. Это проявления основной негативной схемы самого себя, как неспособного и отвергнутого человека, а других людей, как унижающих достоинство тех, которые являются несовершенными. Получается, что люди с социальной фобией нелегко адаптируются к отрицательной социальной информации, являются сверхбдительными по отношению к травмирующей социальной информации, и как это ни парадоксально, избегают ее больше, чем контроля (Amir и др., 1998). У таких больных также проявляется сдвиг в имплицитной памяти по отношению к социально ранимой информации, и они сами постоянно себя контролируют (Amir и др., 2001). Нейтральную социальную информацию они воспринимают как негативную (Roth и др., 2001) и катастрофическим образом интерпретируют даже незначимые негативные социальные события (Stopa и Clark, 2000). Дети с социальной фобией имеют существенный дефицит социальных навыков, больше негативных монологов, и сверстники реагируют на них не так положительно, как на остальных (Spence и др., 1999).

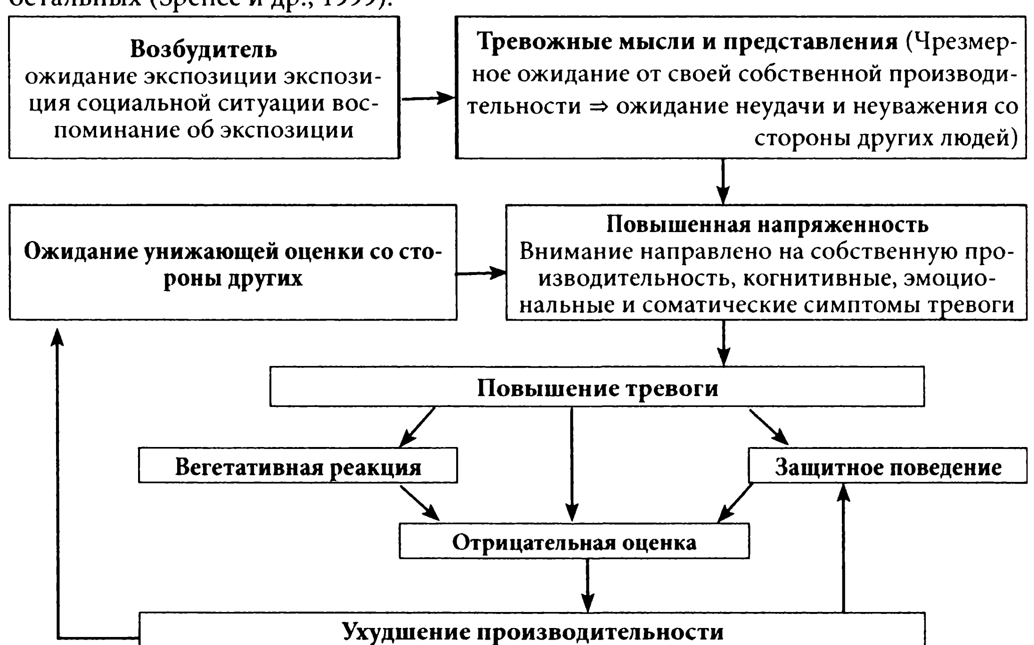


Рис. 8.22. Когнитивная модель социальной тревожности

С точки зрения когнитивной модели наиболее важными факторами, поддерживающими социальную фобию являются: внимание, направленное на самого себя; АНМ; когнитивные схемы; негативная самооценка; когнитивные ошибки.

Внимание, направленное на самого себя

Когда пациенты, страдающие социальной фобией, чувствуют себя напряженными, они автоматически направляют внимание на себя и замечают свои собственные физические ощущения, эмоции, мысли и представления и в малой степени воспринимают информацию извне. Независимо от того, как протекает ситуация, они поддаются собственной оценке («Я не могу с этим справиться!»). Вместо сосредоточенности на другом человеке или группе, они сосредотачиваются на том, что происходит внутри них самих. Часто появляются и представления о собственной неудаче, основанные на искаженных воспоминаниях прошлых неудач (Hackmann и соавт., 2000). Во время разговора они заранее готовятся, что и как они скажут, потому что они не в состоянии сосредоточиться на том, что сказал собеседник.

Автоматические негативные мысли

При социальной фобии возникает целый ряд АНМ. Это могут быть вопросы, на которые пациент сам себе не отвечает, но, тем не менее, они вызывают в человеке ожидание тревоги, мысли, предсказывающие тревогу, волнующие катастрофические утверждения.

Примеры автоматических мыслей при социальной фобии

Тревожные вопросы	«Что, если они обо всем узнают?! А что, если я снова покраснею?! Что, если они будут насмехаться надо мной?!»
Мысли, предсказывающие тревогу	«Они обязательно обратят на это внимание! Я не могу пойти туда, потому что я этого точно не выдержу!»
Тревожные катастрофические утверждения	«Я полностью опозорюсь! Если так будет продолжаться, я сойду с ума! Все это видят — я ужасен! Все будут порочить меня — это ужасно! Я не могу это выдержать!»
Мысли о побеге	«Я уклонюсь от этой ситуации, чтобы не опозориться. Я должен быстро уйти, иначе я этого не выдержу!»
Самообесценивание	«Я неудачник, трус, я никчемный человек! Я веду себя как идиот! Я с этим никогда не справлюсь! Я веду себя безобразно!»
Обидные мысли Ожидание обиды от окружающих	«Они обращают на меня внимание, чтобы потом критиковать! Они высмеивают меня! Они это делают нарочно!»
Тревожные представления и воспоминания	«Все смотрят на меня, как я дрожу... как у меня из рук выпадает столовый прибор… Они презрительно улыбаются и переглядываются... Я заикаюсь, не могу выговорить ни одного предложения... Она думает, что я ужасно неловкий, и расскажет об этом всем остальным»

Наиболее типичные стратегии, предназначенные для поддержания тревоги, включают ошибочную логику (когнитивные ошибки), сравнение себя с другими и вхождение в роль жертвы.

Когнитивные схемы

У многих пациентов, постепенно, могут возникать опасные, более глубокие убеждения и мнения о себе, о других людях и о жизни, как таковой, на основе которых, затем, отдельные события интерпретируются негативно. С профессиональной точки зрения мы говорим о дисфункциональных когнитивных схемах себя, других людей и жизни в целом. Такие схемы оказывают влияние на то, что пациент считает социально опасным. Все они возникли в детстве во взаимодействии с близкими людьми и со своими сверстниками (Hackmann и др., 2000). Речь идет как об основных схемах (например, по отношению к себе: «я бедняга», по отношению к другим: «другие люди отвергают слабых»), так и о второстепенных схемах (условные убеждения), определяющих правила, которыми в своей жизни руководствуется пациент (например, производительность: «Если я сделаю все идеально, никто меня не отвергнет!», принятие: «Если меня все не примут, это будет невыносимо!», контроль: «Если у меня все будет под контролем, я буду спокоен и счастлив!», сосредоточенность внимания: «Все на меня смотрят и осуждают меня!»), или на основании которых человек предсказывает будущие события (например: «Если я что-то скажу, то покажу свою неспособность! Люди будут думать, что я ни на что не способен, и не будут уважать меня!»). Основные малоадаптивные убеждения, касаются своего собственного приятия другими людьми и его противоположностей: неприятия, насмешек и презрения (Butler и Hackmann, 2004).

Негативная самооценка

Со временем негативная самооценка может развиваться, что выражается как в представлениях, так и в чувствах и физических реакциях. Как показывают исследования, отрицательная самооценка у людей, страдающих социальной фобией, является крайне искаженным негативным самовосприятием, которое не соответствует действительности. Больной воображает, как «ужасно» он выглядел, или будет выглядеть в той или иной социальной ситуации. Эта самооценка блокирует его мышление о том, как справиться с ситуацией, потому что вместо этого он думает, насколько эта ситуация будет «ужасной». Иногда частью отрицательной самооценки является воспоминание о каком-либо неприятном событии из детства (например, насмешка над ним со стороны учителя или одноклассников). Даже если больной уже давно повзрослел и имеет ряд возможностей по урегулированию ситуации, ему в голову приходят мысли, что он потерпит неудачу, как будто он до сих пор беззащитный ребенок. Из-за отрицательной самооценки больной уже заранее беспокоится, а также обесценивает себя после прошедшего события. Исследования с использованием видеосъемки (задача состояла в проведении 15-минутной лекции перед группой людей без подготовки) показали, что люди, страдающие социальной фобией, сразу после воздействия социальной ситуации, оценивали свой результат намного хуже, чем эксперты. Когда они увидели себя на видео, они были удивлены тем, насколько их результат оказался лучше, чем они сами себе это представляли. Независимое сравнение с помощью видеосъемки показало другой удивительный факт — даже независимые эксперты не смогли по видео отличить людей, страдающих социальной фобией, от людей, которые никогда не страдали социальной фобией. У всех людей на видео были признаки страха перед аудиторией.

Отрицательная самооценка является визуальным, интеллектуальным и эмоциональным стереотипом, который многие люди, страдающие социальной фобией, создают сами. На самом деле речь идет об определенном наборе негативных когнитивных схем, в который включены автоматизированные физические и психические чувства, воспоминания и фантазии, поведенческие черты и оценивание. Чаще всего это начинается с момента полового созревания, или даже в детском возрасте. Человек как будто видит себя при своей определенной неудаче, он не в состоянии реагировать, или наоборот, реагирует неадекватно. Иногда это может быть очевидное представление ситуации, когда больной сталкивался с издевательством в школе, насмешками в компании, или был отвергнут своим сверстником противоположного пола. Иногда больной не может вспомнить ни одного такого события, но представляет самого себя в качестве неспособного и смущенного. Люди, страдающие социальной фобией, как правило, такое событие автоматически вспоминают прямо перед социальной ситуацией, которой они опасаются. Отрицательная самооценка появляется даже в том случае, если больной этого не желает.

Яна — 27-летная вожатая детского лагеря. В начальной школе другие дети смеялись над ней. Однажды учительница с детьми репетировала выступление к рождественскому концерту, и так как дети смеялись над Яной, учительница сказала ей, чтобы она лучше не пела, потому что она все портит своим бормотанием. С того момента Яна уже никогда не пела, хотя она очень любила это делать. Она пела, когда находилась одна дома, но каждый раз, когда она слышала свое пение, думала: «Это правда, что я бормочу, я пою фальшиво, я не могу просто нормально спеть, хотя каждый это может сделать, я никогда не смогу научить своих детей петь». Из-за своего чувства у Яны происходили ссоры со своим другом, который любил играть на гитаре и петь у костра. Яну он всегда уговаривал спеть и говорил ей, что она странная, что переживает из-за глупости. После этого Яна чувствовала себя непонятой.

Полина — 27-летняя красивая девушка с длинными черными волосами. Она работает помощником директора иностранной компании и часто вместе со своим начальником ездит за границу в командировки, где она представляет их фирму. При этом она не может понять, почему директор выбрал именно ее, и говорит: «Я не очень понимаю, он всегда в качестве своего помощника хотел видеть умную, интеллигентную, внешне презентабельную девушку, которой я не являюсь». Полина сама о себе говорит, что у нее некрасивые растрепанные волосы, толстый зад, большой нос и маленькая грудь; она утверждает, что уродлива и глупа, ничего не умеет и ничего не понимает. Сравнивает себя с сестрой, которая, как она говорит, красивее и умнее, даже не смотря на то, что сестра толще, и в отличие от Полины, у нее нет высшего образования. Когда мы разговаривали о том, как она пришла к такому выводу, она сказала: «Ребята между собой борются за сестру, а во мне никто не заинтересован. Я даже не знаю, о чем мне с ними разговаривать, я их ничем не смогу привлечь, и, в конце концов, я выгляжу ужасно, и мне не хватает более широкого кругозора».

Когнитивные ошибки

Когнитивные ошибки — это логические ошибки в мышлении, которые приводят к тому, что понимание событий, которые произошли, происходят или будут происходить, меняется и негативно искажается. Это приводит к тому, что свое даже более-менее адекватное поведение в социальных ситуациях человек воспринимает как неудачу. Если на самом деле так происходит, то даже успех не может изменить взгляд больного на самого себя, потому что он его сразу поставит под сомнение. Одной из наиболее распространенных когнитивных ошибок в социальной фобии является дисквалификация всего положительного «Они похвалили меня, чтобы подбодрить, потому что видели, насколько я неполноценный! Тот факт, что у меня это получилось, было лишь совпадением, в следующий раз, у меня определенно ничего не получится! Все получилось, но если бы мне другие не помогли, я бы не справился! Они хвалят меня, но только потому, чтобы я чувствовал, что справился с этим» и чтение мыслей «Я покраснел, теперь она думает, что я идиот! Я молчу! Они видят, насколько я глуп!» С индивидуальными когнитивными ошибками можно ознакомиться в общей части монографии.

Отдельные поддерживающие факторы в разной степени участвуют в поддержании социальной фобии. Они создают порочный круг, который мы стараемся объяснить пациенту в более простой форме, основываясь на его симптомах.

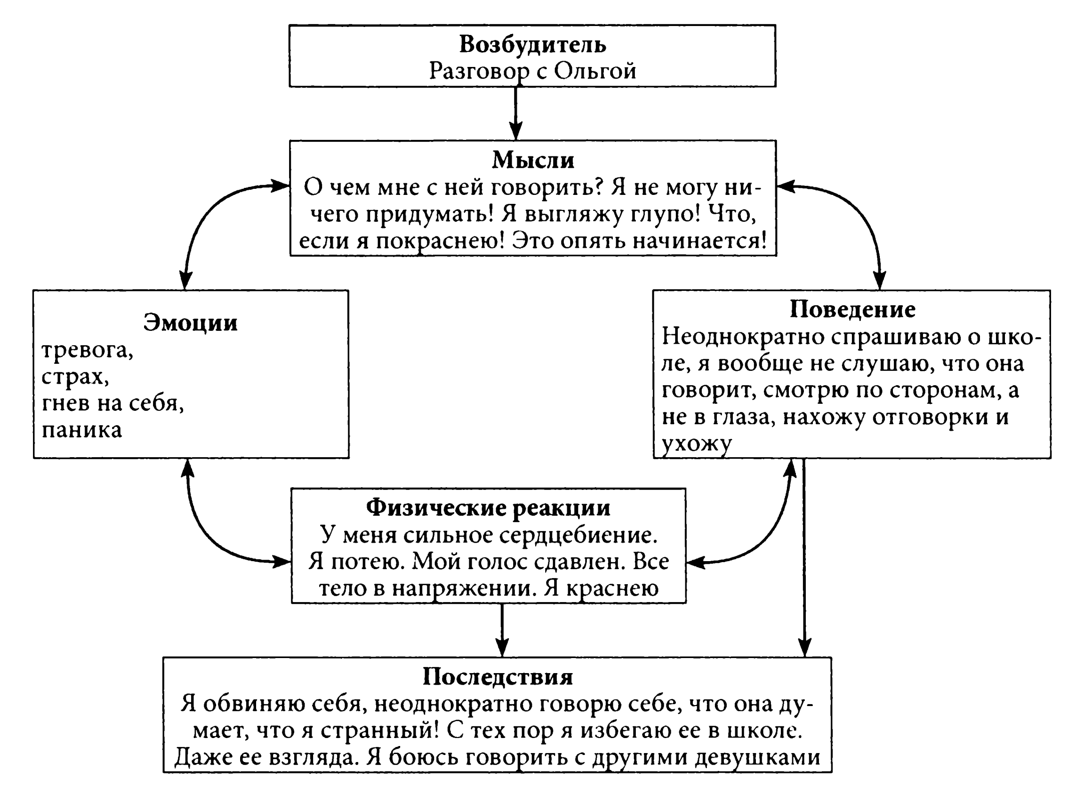


Рис. 8.23. Порочный круг функционирования симптомов

3) Межличностные факторы социальной фобии

Окружающие люди обычно сразу замечают наличие социальной фобии у человека и классифицируют это как «застенчивость», а иногда при постоянном избегающем поведении как «упрямство». Эта «застенчивость» или «упрямство» впоследствии является мишенью различных насмешек или упреков, что еще больше подтверждает убеждение больного, что в социальных ситуациях он терпит неудачу и «все это видят». Иногда близкие люди пытаются больного, страдающего социальной фобией, «беречь» посредством того, что позволяют ему избегать «угрожающих» ситуаций. Они вместо него совершают телефонные звонки, решают его вопросы в различных учреждениях и т.д. Выполнение всех этих действий другими лицами значительно подкрепляет нахождение пациента в порочном круге социальной тревоги.

4) Когнитивно-бихевиоральная модель социальной фобии

Модель КБТ социальной фобии возникла объединением когнитивной и бихевиоральной модели. Под влиянием жизненного опыта происходит создание характерных ожиданий и отношения к себе и своему окружению, что приводит к тому, что человек в компании других людей чувствует себя все более напряженным и нервным, имеет тенденцию наблюдать за собой, негативно себя оценивать и предполагать, что он находится в центре внимания, и другие люди оценивают его негативно. Это приводит к избеганию компаний, и, следовательно, у такого человека нет возможности развивать свои социальные навыки. Отсутствие социальных навыков и повышенная тревожность приводят к тому, что больной в социальных ситуациях на самом деле терпит неудачу, и, таким образом, его негативные убеждения и низкая самооценка еще больше подкрепляются (Praško и др., 1996).

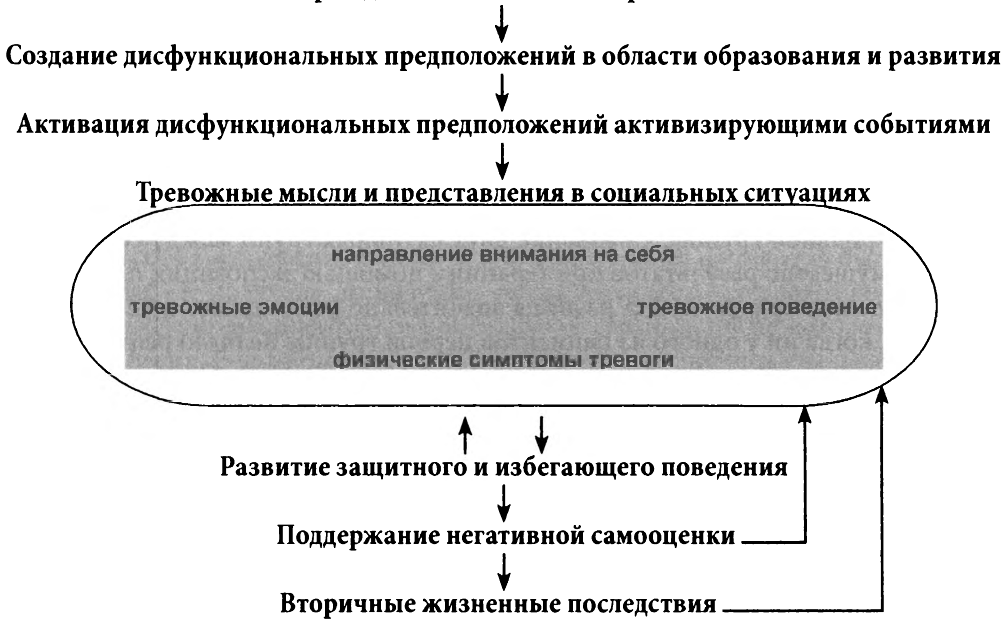


Рис. 8.24. Когнитивно-бихевиоральная модель социальной фобии

5) Исследование эффективности КБТ социальной фобии

Экспозиционая терапия

Большое количество исследований показало, что экспозиция эффективно снижает социальную тревожность (обзор Fava и др., 1989), хотя из них неясно, как долго сохраняется эффективность отдельных экспозиций (Heimberg и Juster, 1995). В сравнительных исследованиях экспозиция оказалась эффективней, чем прогрессивная релаксация (Al-Kubaisy и др., 1992; Alström и др., 1984), лекарственное плацебо (Turner и др., 1994), больные, ожидающие лечения (Butler и др., 1984, Newman и др., 1994) и контрольная терапия, состоящая из образования, само-экспозиционных инструкций и неспецифического анксиолитического медикаментозного лечения (Alström и др., 1984). Практика социальной эффективности, которая сочетает в себе экспозицию с обучением социальных навыков и образование в групповом и индивидуальном форматах (Turner и др., 1994), привела к значительному улучшению у 84 % пациентов, которое продержалось в течение двухлетнего катамнеза (Turner и др., 1995).

Комбинированная когнитивная терапия с экспозицией

У ряда пациентов, страдающих социальной фобией, которые прошли лишь экспозиционное лечение, можно увидеть, что хотя они и научились не избегать социальных ситуаций, но их тревога существенно не снизилась, либо снизилась лишь на определенное время с рецидивом в конечном счете (Butler, 1985). Добавление когнитивной терапии помогло эти проблемы устранить. В сравнительных исследованиях комбинация КБТ оказалась эффективней, чем у контрольной группы (Kanter и Goldfried, 1979; Butler и др., 1984; DiGiuseppe и др., 1990; Hope и др., 19) и при поддерживающей терапии с образованием (Heimberg и соавт. 1990, 1993, 1998; Lucas и Telch, 1993), а также лекарственное плацебо (Heimberg и соавт. 1998). Батлер (1984) разделил произвольным образом 45 пациентов, страдающих социальной фобией на 3 группы: экспозиция плюс обучение управлению тревогой (содержащее когнитивную терапию), экспозиция плюс терапия, контролирующая внимание (чисто бихевиоральный подход, дополненный свободным повествованием пациента о его проблемах и эмпатическое выслушивание со стороны терапевта без работы с когнициями), и группу пациентов, ожидающих лечения. Результаты обеих активных групп через 12 недель оказались значительно выше, чем у контрольной группы. Сравнение двух активных групп между собой показало преимущество результатов при терапии с помощью экспозиции плюс обучение управлению тревогой. Эта разница значительно увеличилась в 12-месячном катамнезе, когда ни у одного из пациентов первой группы не было рецидива, в то время как во второй группе рецидивы были у 40 % пациентов. Создается впечатление, что добавление когнитивной терапии к бихевиоральному экспозиционному лечению приводит к более долгосрочному эффекту, чем при самостоятельной бихевиоральной терапии. Подобным образом, Маттик и Питерс (1988) произвольным образом разделили 51 пациента, страдающих социальной фобией, на две группы. Все пациенты получали лечение в формате группы с помощью экспозиции, но только половине пациентов к данному лечению добавили когнитивную терапию. После 12 недель лечения обе сравниваемые группы значительно улучшили показатели, и разница между ними не была заметной, однако, в 3-месяч-

ном катамнезе была очевидна большая эффективность комбинированной КБТ. В другом исследовании той же группы Маттик (1989) случайным образом разделил 43 пациента, страдающих социальной фобией, на четыре группы: самостоятельная экспозиция, самостоятельная когнитивная реструктуризация, комбинация экспозиций с когнитивной реструктуризацией и контрольная группа. После 12 недель у трех активных групп лечение оказалось значительно эффективнее, чем у контрольной группы. Группы, проходившие лечение с помощью самостоятельных экспозиций и комбинированного лечения, показали лучшие результаты, чем группа с самостоятельной когнитивной реструктуризацией. Однако через 3 месяца катамнеза результаты несколько изменились. Лучшее состояние оказалось у пациентов с комбинированным лечением и самостоятельной когнитивной реструктуризацией по сравнению с самостоятельной экспозиционной терапией, где у части пациентов произошел рецидив. В подобном исследовании Hope (1995) сравнивал стандартную групповую КБТ (с экспозиционной терапией и когнитивной реструктуризацией) с лечением посредством самостоятельной экспозиции и контрольную группу из 43 пациентов, страдающих социальной фобией. В данном исследовании после 12 недель самой эффективной оказалась экспозиционная терапия (у 70 % пациентов произошло улучшение по оценке независимых экспертов) по сравнению с комбинированной терапией (36 % улучшения). Tailor (1997) случайным образом разделил 65 пациентов, страдающих социальной фобией, по группам лечения: первая группа прошла 8 сеансов индивидуальной когнитивной реструктуризации, а вторая группа — 8 сеансов контрольного лечения, в обеих группах не проводилась экспозиционная терапия. Контрольное лечение состояло из свободного рассказа пациента о его проблемах и эмпатического поведения терапевта. При оценке достоверности не было никакой разницы между этими подходами. После этих 8 сеансов когнитивная реструктуризация оказалась значительно эффективней, чем контрольная терапия. Затем обе группы прошли дополнительных 8 сеансов, посвященных экспозиционной терапии. В обеих группах наблюдалось значительное улучшение. В конце лечения никакой разницы между этими двумя подходами не наблюдалось — экспозиция, как с когнитивной реструктуризацией, так и без нее, имела одинаковый эффект.

Scholing и Emmelkamp (1993 а,б) провели 2 исследования, в которых проверяли, является ли когнитивная терапия более эффективной в комбинации с экспозицией или без экспозиции. В первом исследовании 30 пациентов были отобраны в группы, где получали экспозиции, после которых последовала когнитивная терапия, интегрированная КБТ и когнитивная терапия, после которой последовала экспозиция. В каждом из блоков первый пациент прошел для начала 4 недели активного лечения, затем четыре недели отдыха, а в конце еще 4 недели лечения. Все 3 условия имели одинаковые показатели эффективности после лечения, и результат поддерживался на протяжении 18-месячного катамнеза (Scholing и Emmelkamp, 1996). 19 % пациентов во время катамнеза нуждались в следующем лечении, но отдельные условия в этой ситуации были одинаковыми. Во втором исследовании 73 пациента были разделены для прохождения самостоятельной экспозиционной терапии, когнитивной терапии с последующей экспозицией и интегрированной КБТ. Лечение проводилось в аналогичных блоках, как и в первом исследовании, но было разделено на индивидуальную и групповую психоте-

рапию. Все три подхода имели схожую эффективность, как в конце лечения, так и через 3 и 18 месяцев катамнеза (Scholing и Emmelkamp и 1996b). Однако, 46 % пациентов, которые проходили лишь самостоятельную экспозиционную терапию, 28 % пациентов, проходивших экспозиционную терапию с последующей когнитивной терапией, и 6 % пациентов, проходивших комбинированную КБТ, в период катамнеза нуждались в дальнейшем лечении.

Три мета-анализа рассматривали, повышает ли когнитивное реструктурирование эффект экспозиции в случае социальной фобии или нет. Фэске и Чемблс (1995) включили в исследование 12 исследований с когнитивной реструктуризацией плюс экспозиции и 9 самостоятельных экспозиций. В обоих подходах участвовало одинаковое количество пациентов, которые прекратили лечение, и один и тот же эффект как в конце лечения, так и в катамнезе. Гулд (1997) включил в мета-анализ исследования только с контрольными группами и установил то же самое — когнитивное реструктурирование в комбинации с экспозицией является столь же эффективным, как и самостоятельная экспозиционная терапия. В последнем мета-анализе Тейлор (1996) сравнивал 6 подходов: контрольную группу, плацебо, экспозицию, когнитивную реструктуризацию без экспозиции, когнитивную реструктуризацию с экспозицией и обучение социальным навыкам. Число пациентов, которые досрочно прекратили лечение, было одинаковым для каждого подхода. Четыре активные терапии и плацебо имели гораздо больший эффект, чем контрольная группа, ожидающих лечения; тем не менее, когнитивная реструктуризация в сочетании с экспозицией имела значительно больший эффект, чем плацебо.

Таким образом, вопрос, является ли комбинация когнитивной реструктуризации с экспозицией более эффективной, чем самостоятельная экспозиционная терапия, или нет, остается открытым.

Обучение социальным навыкам

Обучение социальным навыкам при лечении социальной фобии предполагает, что эта группа пациентов часто имеет недостаток поведенческих навыков (например, плохой зрительный контакт, трудности с поддержанием разговора). Недостаток этих навыков может привести к негативной реакции других людей и, таким образом, социальное взаимодействие становится ранящим и вызывающим беспокойство (Lucock и Salkovskis, 1988). В единственном 15-ти недельном контролируемом исследовании была изучена эффективность обучения социальным навыкам. Это обучение оказалось значительно эффективнее, чем результаты контрольной группы, ожидающей лечение (Marzillier и др., 1976). В следующих открытых исследованиях обучение социальным навыкам привело к значительному улучшению на оценочной шкале и редуцировало избегающее поведение, однако, никакого контроля не было (Fallon и др., 1981; Lucock и Salkovskis, 1988; Stravynski и др., 1982; Trower и др., 1978; Wlazlo и др.,1990).

Релаксационные подходы

Причина, по которой крайне важно научить людей, страдающих социальной фобией, релаксации, заключается в том, что при экспозиции такие люди испытывают сильные вегетативные симптомы. Самообучение прогрессивной релаксации, однако, оказалось малоэффективным (Al-Kubaisy и др., 1992; Alstrom и др.,

1984). Самоконтролирующая десенсибилизация, при которой пациенты использовали прогрессивную мышечную релаксацию при визуализации сцен, вызывающих тревогу, оказалась более эффективной, чем в контрольной группе только в 3 из 19 измерений (Kanter и Goldfried, 1979). Систематическая десенсибилизация, использующая подобный подход, имела больший эффект, чем ожидание терапии (Marzillier и др., 1976). Тройер (1978) описал более существенную эффективность систематической десенсибилизации, однако, в этом случае отсутствовала контрольная группа. Тем не менее, когда пациенты обучаются прикладной релаксации (использование релаксации напрямую при экспозиции в естественных условиях), результаты являются более надежными и высокими, чем у контрольной группы, (Jerremalm и др., 1986), одинаковыми аналогичными при обучении социальным навыкам (Ost и др., 1981). Тем не менее, прикладная релаксация оказалась менее эффективной, чем когнитивная реструктуризация (Jerremalm и др., 1986).

Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) в ряде исследований показала улучшение состояния пациентов, страдающих социальной фобией (Emmelkamp и др., 1985; Mattick и Peters, 1988; Mattick и др., 1989; Mersch и др., 1989), и ее эффект оказался стабильнее и держался на протяжении 18-месячного катамнеза (Scholing и Emmelkamp, 1996). КБТ Бека в группе также оказалась более эффективной, чем в контрольной группе (DiGiuseppe и др., 1990). Самообучающаяся тренировка, модифицированная версия «прививка против стресса» Мейхенбаума (Meichenbaum, 1985) привела к значительному улучшению у пациентов с социальной фобией в 3-х контролируемых исследованиях (DiGuiseppe и др., 1990; Emmelkamp и др., 1985; Jerremalm и др. 1986).

В контролируемом исследовании 49 пациентов были произвольным образом разделены на групповую КБТ и образовательную поддерживающую групповую психотерапию. Групповая КБТ после 12 недель показала значительно большую эффективность (75 % респондентов при групповой КБТ и 44 % респондентов при образовательной поддерживающей психотерапии) (Heimberg и др., 1990). Результаты 6-месячного катамнеза при групповой КБТ сохранились, в то время как при образовательной поддерживающей психотерапии нет. Девятнадцать пациентов из этого исследования, были готовы продолжить лечение в долгосрочном наблюдении от 4,5 до 6,25 лет. В этом катамнезе достигнутое улучшение сохранилось у 89 % пациентов, проходивших лечение при групповой КБТ, и у 44 % пациентов, проходивших лечение с помощью образовательной поддерживающей психотерапии (Heimberg и др., 1993).

Лукас и Телч (1993) сравнивали эффективность групповой КБТ, образовательной поддерживающей групповой психотерапии и индивидуальной КБТ у 66 пациентов, страдающих социальной фобией. Они подтвердили выводы Хенберга (1990), что групповая, а также индивидуальная КБТ являются более эффективными, чем образовательная поддерживающая групповая КБТ. Между эффективностью групповой и индивидуальной КБТ не было выявлено никакого различия.

Хемберг (1998) завершил исследование с участием 133 пациентов, сравнивая групповую КБТ, лечение с использованием фенелзина, образовательную, поддерживающую психотерапию и плацебо. После 6 недель (половина от запланированного лечения) независимый эксперт оценил состояние пациентов, получавших

лечение с помощью фенелзина, как значительно менее беспокойных, чем пациенты трех других групп. Однако, в конце лечения пациенты, получавшие фенелзин, существенно не отличались от пациентов, получавших лечение с помощью групповой КБТ (77 % против 75 % респондентов). Но обе эти группы оказались в значительно лучшем состоянии, чем группа, проходившая лечение с помощью групповой образовательной психотерапии (35 % респондентов) и плацебо (41 % респондентов). После 12 недель лечения пациенты, которые имели положительную реакцию после групповой КБТ или фенелзина, продолжили лечение с помощью поддерживающей терапии в течение еще 6 месяцев, а затем наблюдались без лечения еще в течение 6 мес. (Liebowitz и др., 1999). У пациентов при групповой КБТ через год было значительно меньше рецидивов, чем у пациентов, которые изначально успешно проходили лечение с помощью фенелзина.

Прашко (2000, 2003) сравнивал 6-месячную эффективность и двухлетний катамнез в трех лечебных программах (лечение моклобемидом с клиническим управлением, КБТ с плацебо и комбинацию моклобемида с КБТ) у пациентов, страдающих генерализованной формой социальной фобии. Для данного исследования было обследовано 89 больных с диагнозом социальной фобии, из которых у 81 пациент полностью подходил под критерии для исследования (38 мужчин и 43 женщины); все пациенты были случайным образом разделены на 3 терапевтические программы. Независимый эксперт и сами пациенты оценивали эффективность лечения один раз в месяц. Исследование полностью завершило 66 пациентов. Все три терапевтических подхода, продолжавшиеся шесть месяцев, оказались высокоэффективны. Наиболее эффективным оказалось сочетание фармакотерапии и КБТ. Моклобемид был эффективен в первые несколько месяцев лечения при снижении общего беспокойства и социальной тревожности, однако, его влияние на избегающее поведение оказалось не существенно. Напротив, КБТ показала себя как самая эффективная для снижения избегающего поведения, — эффект снижения самой тревоги проявился чуть позже, чем при принятии моклобемида. В двухгодичном катамнезе большую пользу получили пациенты из группы, первоначально проходившие лечение с помощью самостоятельной КБТ, либо в комбинации с моклобемидом. Наименьшее количество рецидивов наблюдалось в группе, проходившей лечение с помощью самостоятельной КБТ, но по сравнению с группой, получавшей лечение в комбинации, значительной разницы не было отмечено.

Кларк и Wells (1995) создали новый протокол, который в особенности выделяет когнитивный компонент лечения социальной фобии, состоящий из 14 сеансов с частотой 1 раз в неделю плюс следующих 3 поддерживающих сеанса 1 раз в месяц, сосредоточенных на целенаправленной работе по развитию внимания пациентов в социальных ситуациях на повышении способности оценивать собственную производительность и на впечатлении, которое пациент вызывает у других людей на основе информации из окружающей среды, а не на основе внутренних чувств. В этом исследовании была использована видеосъемка. Пациенты наблюдали и оценивали сами себя в различных постановочных социальных ситуациях. При выполнении домашних заданий в реальных ситуациях пациенты должны были наблюдать за реакцией других людей и сообщать о них на сеансе. При сравнении этой терапевтической программы (группа 1) с аналогичной комплексной

программой, направленной на экспозицию и обучение релаксации (группа 2), и пациентов, ожидающих начала лечения (группа 3) было установлено, что сразу после лечения три четверти пациентов 1-й группы (когнитивная терапия) достигли удовлетворительных значений социальной тревожности по сравнению с одной третью пациентов из второй группы (экспозиция и релаксация) и ни один из пациентов из группы ожидающих лечение.

8.2.4.3. Лечение социальной фобии

Вариантом лечения социальной фобии является психотерапия и фармакотерапия. Эффект от фармацевтических препаратов наступает быстрее, однако, эффект после психотерапии является более продолжительным (Blanco и др., 2002.). Основным методом лечения социальной фобии считается КБТ. Тем не менее, поддерживающая психотерапия в сочетании с фармакотерапией, проводимая надлежащим образом может также значительно помочь.

Таблица 8.16. Фармакологическое лечение социальной фобии

СИОЗС	Вся группа	Основное лечение, эффективность подтверждена, хорошо переносятся, использование в одной суточной дозе, эффективны и в случае сопутствующей депрессии, панического расстройства, ГТР или ОКР
	Пароксетин	Наилучшим образом тестируемый в больших контролируемых исследованиях препарат, средняя доза — 40 мг/ день
	Сертралин	Контролируемое двойное исследование; дозы 50—200 мг/ день
	Циталопрам	Открытые исследования
	Флуоксетин	Открытые исследования
	Флувоксамин	Небольшое контролируемое исследование, средняя доза 200 мг/сут
	Эсциталопрам	Контролируемое двойное исследование, доза 5—20 мг/ сут.
иМАО (обратимые)	Моклобемид	Эффективен при социальной фобии в большинстве (но не во всех) контролируемых исследованиях, очень хорошо переносится, эффективен и в случае сопутствующей депрессии, панического расстройства и ГТР, средняя доза 450—600 мг/ день
иМАО	Вся группа	Высокоэффективные препараты для лечения социальной фобии, фенелзин был подробно изучен в контролируемых исследованиях — высокая эффективность при социальной фобии, иногда для пациента трудно смириться с побочными эффектами, необходимы диетические ограничения, эффективны и в случае многих типичных сопутствующих расстройств, в том числе атипичной депрессии, панического расстройства, агорафобии, эффективен и для рефрактерных пациентов, вся группа препаратов (фенелзин, транилципромин) у нас в продаже отсутствует

Бензодиазепины	Вся группа	Клинически часто используются и являются эффективными в случае социальной фобии по результатам открытых исследований и двух контролируемых исследований; имеют быстрое начало действия, как правило, хорошо переносятся, пациент должен быть под контролем в случае развития допустимого отклонения, зависимости и абстинентных признаков, после прекращения их приема высок риск рецидива выше, чем после применения других препаратов
	Клоназепам	Длительно действующий бензодиазепин, оказался эффективен в контролируемом исследовании при лечении социальной фобии, дозировка в диапазоне 0,5—3 мг/ день
	Алпразолам	Оказался эффективен при контролируемом исследовании при лечении социальной фобии, дозировка в диапазоне от 1—8 мг/ день
	Бромазепам	Оказался эффективен в небольшом открытом исследовании, дозировка в диапазоне 9—30 мг/ день
Антиконвульсивные препараты	Габапентин	Доказал свою эффективность в контролируемом исследовании в средней дозе 2900 мг/сут., считается подходящим препаратом в дополнение к лечению СИОЗС, или как препарат при недостаточной реакции или непереносимости СИОЗС
β-блокаторы	Вся группа	Очень эффективны при ощущении тревоги из-за предстоящего выступления перед публикой, принимаются в случае ситуационных потребностей за 1 час до выступления. Неэффективны для пациентов с генерализованной формой социальной фобии В эту группу включают пропранолол и атенолол
Другие препараты	Буспирон	Хорошо переносится, оказался эффективен в открытом исследовании, но не в контролируемом эксперименте, чаще всего прописывается в дополнение к СИОЗС, чем в виде самостоятельного препарата, дозировка 30—60 мг/ день
	Нефазодон	Оказался эффективен в открытом исследовании
	Венлафаксин	Оказался эффективен в нескольких открытых исследованиях, (прописывается пациентам, у которых нет реакции на СИОЗС, или они их не переносят), дозировка 75—300 мг/ день
	Бупропион	Оказался эффективен в открытом исследовании, дозировка 300 мг/день

8.2.4.4. КБТ подход при социальной фобии

КБТ является одной из форм лечения, направленной на общее снижение уровня тревоги с помощью релаксации, устранение тревожного способа мышления и изменение моделей тревожного поведения. Она начинается со структурированного обследования пациента.

1) КБТ обследование при социальной фобии

Для постановки диагноза, как правило, достаточно провести рутинную психиатрическую экспертизу, фиксировать типичные ситуации, которые вызывают у пациента беспокойство и которых он избегает, его эмоциональные, когнитивные и вегетативные реакции на эти ситуации, подробное описание защитного и избегающего поведения. Кроме сбора обычного анамнеза и исследования жизненной истории мы спрашиваем больного при обследовании:

1. подробное описание ситуаций, вызывающих страх;
2. как страх происходит, чего он больше всего опасается (что говорят другие, каким будет его проявление тревоги, и т.д.), какие физические реакции появляются, как он ведет себя при воздействии на ситуацию, происходит ли приступ паники;
3. чего пациент избегает, как он защищается от страха, научился ли он каким-либо стратегиям, чтобы помочь себе;
4. как происходит ожидание тревоги;
5. помнит ли пациент некоторые социальные ситуации, в которых он принял участие, и как они закончились;
6. что модифицирует страх (алкоголь, наркотики, менструация, свет, близкий человек и т.д.);
7. в чем именно социальная фобия ограничивает его в жизни (в работе, в семейной жизни, в проведении досуга).

Определить, страдает ли пациент помимо социальной фобии и расстройством личности, можно с помощью MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) или CPI (California Personality Inventory).

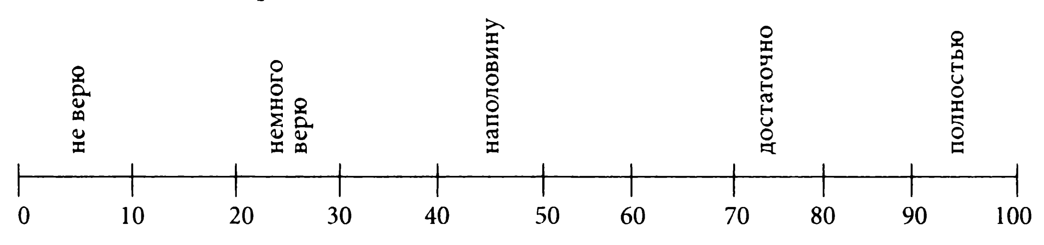
2) Оценка и измерение социальной фобии

В целях уточнения проблемы целесообразно использовать анкеты (Анкета страха, SCL-90, анкета избегающего поведения, шкала социальной тревожности Лейбовица, оценивающая шкала тревожности Шихана, Гамильтона или Бека, шкала тревоги Шихана). Частью основного лечения пациента, страдающего социальной фобией, является создание иерархии его страхов и избегающего поведения, основанное на детальном описании обстоятельств, которые вызывают страх. Обычно, терапевт совместно с пациентом создает шкалу (как правило, состоящую из 10 позиций), на которой пациент отдельно оценивает страх и степень избегающего поведения (в основном в %, или на шкале 0—10). Еще одним вспомогательным методом может быть Анкета тревожных автоматических мыслей при социальной фобии, которая помогает прояснить основные автоматические негативные мысли и оценить степень веры в них.

Анкета тревожных автоматических мыслей при социальной фобии

Используйте нижеприведенную шкалу для оценки, насколько вы верите в то, что каждое из следующих утверждений действительно осуществится, если вы окажетесь где-нибудь в пугающем месте или в пугающей ситуации.

Насколько я в это верю:



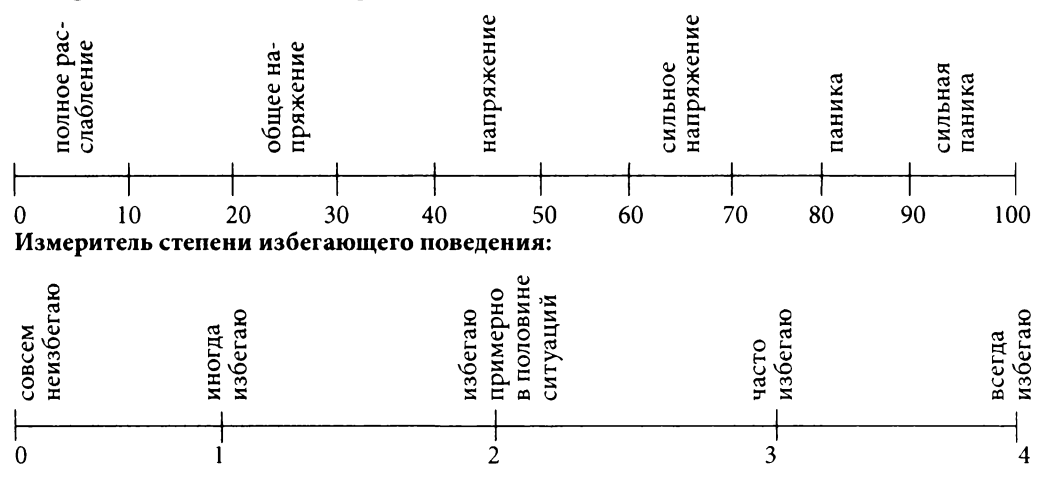
Автоматические мысли:	**Я верю в это на столько процентов:**	
	При воздействии	В спокойствии на расстоянии
Покраснею. У меня будут сильно дрожать руки. Мой голос будет дрожать. У меня будет ком в горле, я буду не в состоянии говорить. Я не буду знать, что сказать. С этим я никогда не смогу справиться. Упаду в обморок. Умру от стыда. Я веду себя неприлично. Я ужасная (ый). Они оклевещут меня. Перестану себя контролировать и сделаю что-нибудь ужасное. Каждый увидит, насколько я нервничаю. Я опозорюсь! Мне нужно отсюда срочно уйти! Лучше я туда не пойду, а то все закончится плохо! Я сойду с ума. Я умру от этого. Потеряю контроль над собой. Кто-нибудь будет меня использовать, а потом смеяться надо мной. Они делают это нарочно. С этим справится любой, только не я. Я хуже всех. Все смотрят на меня. Все смеются надо мной. Это ужасно. Я этого не выдержу. Они будут презирать меня. Другие мысли (определите)		

3) Проблемы и цели, план лечения социальной фобии

Согласно теории КБТ, социальную фобию можно успешно лечить, если лечение будет сосредоточено на том, чтобы больной улучшил свои социальные навыки и смог их применять в реальных ситуациях, тем самым, повысив уверенность в себе и оспорив свои негативные убеждения, которые формируют основу социальной фобии. Лечение подбирается индивидуально и с учетом потребностей пациента. Факторы, которые в этом случае принимаются во внимание, включают степень тяжести социальной фобии, степень избегающего поведения, историю болезни, предыдущее лечение, готовность сотрудничать с терапевтом и сопутствующие заболевания. Основная цель лечения должна заключаться в уменьшении беспокойства при освоении социальных ситуаций настолько, чтобы это расстройство не ограничивало жизнь пациента. Другой важной целью является предотвращение рецидива во время длительного лечения.

Список фобических ситуаций Клары

Составьте список ситуаций, в которых вы регулярно подвергаетесь панике, ощущаете чувство страха или сильной тревоги и/или которых вы регулярно избегаете:



Ситуация	Интенсивность тревоги при воздействии	Степень избегающего поведения
1) Принимать пищу в общественном месте	70–100 %	3
2) Звонить по телефону	70–100 %	3-4
3) Говорить с незнакомым человеком	80- 100 %	4
4) Разговаривать с авторитетными людьми	90–100 %	3
5) Участвовать в неожиданном мероприятии	100 %	4
6) Разговаривать с привлекательным молодым человеком	100 %	4

Проблемы и задачи должны быть четко сформулированы таким образом, чтобы пациент смог осознать свой прогресс в результате лечения.

Пример определения конкретных проблем и задач

Проблемы:	**Цели:**
Из-за страха, что у меня будут трястись руки, я не принимаю пищу в ресторанах, столовых или в любом месте, где бы за мной могли наблюдать другие люди (торжества, деловые встречи и т.д.)	Я хочу научиться есть в столовой, ресторанах и в других общественных местах
Я боюсь говорить на работе при группе людей, на совещаниях и переговорах, потому что я беспокоюсь, что буду не в состоянии говорить спокойно, а наоборот, покажусь смешной, или, что мое мнение покажется глупость	В конце терапии, я хочу быть в состоянии выступить перед группой людей; на работе, на переговорах или встречах высказать свое мнение

С мероприятий, где присутствуют развлечения, всегда ухожу с тяжелым чувством, потому что беспокоюсь, что буду не в состоянии получить удовольствие и радоваться и покажусь скучной	Я хочу научиться нормально развлекаться на общественных мероприятиях и научиться быть в состоянии выдержать и не убежать

К отдельным проблемным областям должна быть запланирована иерархия экспозиций, которую пациент постепенно будет выполнять в рамках домашних заданий.

Планирование постепенной экспозиции в первой ситуации

Проблема. *Прием пищи в общественном месте.*

Избегаю питья и приема пищи в общественном месте, потому что боюсь, что другие увидят, как у меня при этом трясутся руки, и будут презирать меня.

Цель. Научиться принимать пищу в общественном месте.

Шаги. Степень тревоги.

1) Есть хот-дог у палатки — около 1—2 человек.	70 %
2) Есть хот-дог на подносе у палатки — вокруг много людей.	80 %
3) Пить кофе и есть пирожное в кондитерской — мало людей.	90 %
4) Пить кофе и есть пирожное в кондитерской — много людей.	100 %
5) Обедать в ресторане — мало людей.	100 %
6) Обедать в ресторане — много людей.	100 %
7) Обедать в ресторане — первое и второе блюдо.	100 %
8) Обедать в ресторане с подругой и ее другом.	100 %
9) Поесть в ресторане со своим молодым человеком.	100 %
10) Поесть в ресторане со своим молодым человеком и его друзьями.	100 %

4) Терапевтические интервенции при социальной фобии

Традиционная КБТ сосредотачивается на столкновении пациента с социальными ситуациями и повышении чувства успешности в решении этих проблем. Лечение социальной фобии обычно происходит в группе, так как в ней отдельные члены имеют возможность получать первичный опыт, а также практику основных социальных навыков, которые они затем отрабатывают самостоятельно в естественных условиях. При КБТ социальной фобии используются следующие методы: информация о социальной фобии и методах ее лечения, обучение социальным навыкам, оспаривание тревожных мыслей, экспозиция в отношении пугающих ситуаций в воображении и в естественных условиях.

Программа лечения может быть дополнена обучением мышечной релаксации или аутогенной тренировкой.

а) информация о социальной фобии и методах ее лечения

Помимо ознакомления с моделью развития и поддержания социальной фобии, необходимо подчеркнуть, что это расстройство можно лечить, и важно объяснить пациенту значение различных методов лечения. Мы должны иметь в виду, что пациент является чрезмерно тревожным, он не в состоянии сосредоточиться

на сложном изложении темы. Мы используем примеры из его собственной жизни, а также предоставляем ему письменные материалы: брошюру Прашко (1996) «У вас необоснованный страх социальных ситуаций?», монографию Прашко (1998) «Постепенное освоение конфузов, или как преодолеть социальную фобию» или Прашко и Прашкова (1999) «Вы страдаете от чрезмерного стыда, или как преодолеть социальную фобию».

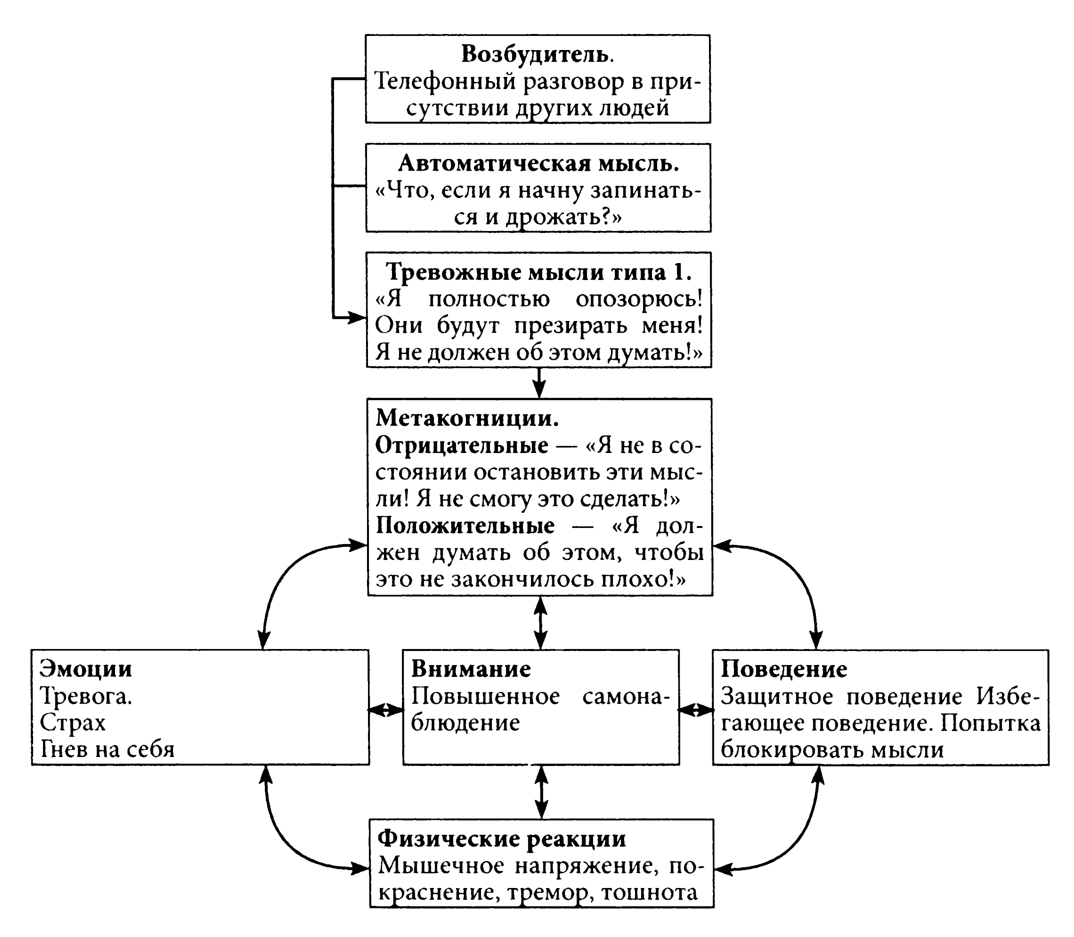


Рис. 8.26. Порочный круг эпизодов тревожности у пациентов с социальной фобией

б) Обучение социальным навыкам

В общем смысле, социальным навыком является любое поведение, которое позволяет нам соответствующим образом выразить свои эмоции и потребности, и позволяющее достичь своих целей в общении с другими людьми. У некоторых людей социальная тревога поддерживается по той причине, что у них отсутствуют некоторые базовые социальные навыки, касающиеся поведения в межличностных ситуациях. Можно рассматривать следующие факторы, почему так происходит:

1. Некоторые люди не научились выражать эмоции потому, что у них не было модели для подражания в семье, среди учителей или не было сверстников, которые могли бы этому научить.
2. В связи с долговременным заболеванием, социальной изоляцией (декретный отпуск), или не использованием своих социальных навыков по разным причинам человек их утратил.
3. Окружающие стрессоры, в особенности травмирующие события: потеря близкого человека, опыт насмешек или обесценивания в социальных ситуациях, внезапные изменения в жизни, которые приводят к тревоге или депрессии, мешают совершению спонтанных действий в социальных ситуациях. Такой человек имеет социальные навыки, но в то же время боится их использовать.
4. Социальная среда человека может настолько измениться, что социальные навыки, которые ранее были подкреплены окружением, в будущем будут игнорироваться, человек перестанет их использовать даже в том случае, если появится соответствующая ситуация, и, наоборот — у больного будут отсутствовать социальные навыки для новой ситуации (переезд из сельской местности в город, новая работа, эмиграция и т.д.).

Хорошая коммуникация требует адекватной социальной перцепции (восприятия) и способности когнитивного планирования (способность обработки) до того, как произойдет эффективная реакция в поведении (умение выражать экспрессию). Люди, страдающие социальной фобией, могут иметь проблемы на одном или на всех трех уровнях, как показывают следующие примеры:

Михаил боится незнакомых людей, потому что его способность воспринимать происходящее является недостаточной. Он не способен выслушать собеседника, потому что после первого предложения, которое услышит, он пытается заранее подготовить ответ (умение восприятия). Поэтому он оценивает ситуацию не целиком, а только ее часть. Выбирает первый ответ, который приходит ему на ум, а не рассматривает другие варианты. Кроме того, обдумывание последствий того, что он скажет, является искаженным. Он не стремится взаимодействовать, а вместо этого думает над тем, не будет ли он выглядеть глупым, неспособным и т.д. Если такой человек услышит критику или другие негативные эмоции в речи других людей, он это воспринимает как чрезмерную угрозу, что приводит к появлению тревожности. При чувстве тревоги у него возникает необходимость продумать, что сказать (навыки обработки). И даже если придумает, то он часто смотрит в землю, говорит очень тихим, едва слышным голосом, с длинными паузами между предложениями, а лицо его выражает испытываемые страдания, даже в том случае, когда речь идет о технических вопросах (навыки выражения).

Застенчивость Даны отражает проблемы на всех 3 этапах коммуникации. Общение с ней других людей она ошибочно интерпретирует как их нежелание, неприятие или презрение. Уже предварительно у Даны присутствует установка на переживание этих чувств, и ряд нейтральных сигналов она интерпретирует в качестве негативных. В частности, в присутствии муж-

чин она чувствует себя «замороженной», практически не воспринимает, что они говорят (навыки восприятия). Она не в состоянии эффективно запланировать то, что хочет сказать другим людям: ни попросить о помощи своих коллег, ни понять, каким способом это нужно сделать (навыки обработки). Ее стиль общения характеризуется застенчивостью, тихим голосом и замолканием на полуслове (навыки выражения).

Наиболее важные социальные навыки, необходимые для людей, страдающих социальной фобией, следующие:

Отдельные компоненты обучения социальным навыкам

1. Невербальное поведение: зрительный контакт, мимика, жестикуляция, отношение и поза;
2. Проведение разговора: начало, включение в разговор других людей, поддержание разговора, подкрепление партнера, свободная информация, самораскрытие, окончание разговора;
3. Адекватное выражение положительных и отрицательных эмоций;
4. Положительное утверждение: поощрение, комплименты, просьба об одолжении, эмпатические навыки;
5. Ассертивное сопротивление: уверенное «нет», настаивание на законном требовании;
6. Принятие критики и способность конструктивно критиковать: уверенное согласие, отрицательное утверждение, ассертивное обязательство;
7. Заключение компромиссов;
8. Выступление и чтение лекций перед аудиторией;
9. Контакт с авторитетными людьми, собеседования.

Систематическое обучение социальным навыкам от простых к более сложным, проводимое в группе пациентов в форме ролевой игры — основной метод лечения социальной фобии. В этом случае терапевт и пациенты выступают в роли моделей, которые показывают, как человек действует на окружающую среду и как он может себя вести в данной ситуации. Важно, чтобы пациент при выполнении ролевых игр чувствовал успех и прогресс, иначе велик риск того, что он перестанет приходить на групповые сеансы.

в) Когнитивная реструктуризация

При обучении социальным навыкам мы помогаем пациенту определить негативные мысли, которые увеличивают его напряжение и беспокойство. С помощью терапевта и других членов группы пациент учится оспаривать эти негативные мысли и находить на них разумные ответы. Также он должен систематически проверять действие негативных мыслей в реальных ситуациях — пациент заранее формулирует свои ожидания того, чем закончится определенная ситуация, а затем определяет, сбылись ли его предположения.

При когнитивной реструктуризации мы в первую очередь пытаемся совместно с пациентом заменить эти катастрофически ориентированные автоматические мысли на более конструктивные мысли. В период между сеансами пациент самостоятельно выполняет когнитивную реструктуризацию. Когнитивная реструктуризация включает в себя следующие шаги:

А. идентификация автоматических мыслей;

Б. соотношение автоматических мыслей с эмоциональными и физиологическими реакциями, которые оказывают влияние на поведение;

В. тестирование автоматических мыслей — дискуссия с ними;

Г. изменение мыслей — рациональный ответ на провоцирующую ситуацию;

Д. действия — что я могу сделать сейчас, а что в следующий раз.

Тестирование автоматических мыслей

<table>
<tr><td colspan="2">Ситуация. Я ехал со своей одноклассницей на автобусе и после нескольких предложений, мы замолчали</td></tr>
<tr><td colspan="2">Отрицательная автоматическая мысль: «Я похож на идиота»</td></tr>
<tr><td colspan="2">а) Является ли эта мысль полезной или практичной?</td></tr>
<tr><td colspan="2">«Эта мысль мне ни в чем не помогает, наоборот, она вредит мне, потому что повышает мою тревогу, приводит к неприятным физическим ощущениям и снижает мою самооценку. Я не хочу, чтобы так происходило»</td></tr>
<tr><td colspan="2">б) Что свидетельствует за и против этой мысли:</td></tr>
<tr><td>За</td><td>Против</td></tr>
<tr><td>«Мне было стыдно»</td><td>«Мои чувства не являются объективной оценкой. Чувство неловкости не свидетельствует о том, что кто-то выглядит дураком. Наоборот, у дурака не возникли бы такие чувства»</td></tr>
<tr><td>«Она тоже ничего не говорила. Наверно, у нее сложилось обо мне какое-то свое мнение (что я идиот)»</td><td>«Тот факт, что она молчала, не является доказательством того, что я выглядел, как идиот. Она могла иметь такие же чувства, как и я. Либо она была спокойна и молчание ей не мешало. По правде говоря, я не знаю, как она себя чувствовала, потому что я был слишком сосредоточен на себе. Я не знаю, что она подумала, так как я ее не спрашивал»</td></tr>
<tr><td>«У меня были неприятные ощущения тревоги и они, наверняка, были заметны»</td><td>«Были они заметны или нет, я, в действительности, не знаю, потому что я об этом не спросил. Мое сильное сердцебиение, стеснение в горле и напряжение мышц явно не было видно. Моя потливость, наверное, была заметна, но я не знаю, обратила ли она на это внимание. Но даже если она увидела, как я вспотел, это еще не значит, что я выглядел как идиот»</td></tr>
<tr><td colspan="2">в) Насколько эта мысль преувеличена или правдива?</td></tr>
</table>

«Эта мысль преувеличена. Молчание не означает, что кто-то дурак»
г) Можно ли оценить эту ситуацию другим (альтернативным) способом?
«Ни один из нас не знал, о чем говорить. Молчание не является трагедией. Может, я выгляжу застенчиво, но не как дурак. У нее могли быть такие же чувства, как и у меня. Она могла хорошо себя чувствовать и совсем меня не оценивать, и могла думать о чем-то своем»
д) Можно ли с этой или аналогичной ситуацией справиться самостоятельно?
«Я думаю, что если бы я в тот момент осознал то, что сейчас, я бы, наверное, не ушел, а спокойно молчал всю дорогу, а затем попрощался с ней. Или я мог бы спросить, о чем она думает. Или я мог бы вспомнить о том, как мы учились в школе. Все это я могу использовать в подобной ситуации в следующий раз»
е) Что помогает поддерживать подобный образ мышления?
«В большей степени такое мышление поддерживает то, что я постоянно виню себя, что я потерпел неудачу, и неоднократно напоминаю себе, как это было. Затем у меня возникает страх в других подобных ситуациях. Когда я в ней оказываюсь, сразу вспоминаю предыдущую похожую ситуацию, и затем чувствую тревогу. Также это поддерживается тем, что я избегаю подобных ситуаций, или убегаю от них. Я уделяю много внимания оценке самого себя, а если бы я больше сосредоточился на этой ситуации, вероятно, мне было бы что сказать. Но я не уверен»

Таблица 8.17. Ежедневная запись автоматических мыслей

Ситуация	**Мысли**	**Немедленные последствия:**			**Изменение ситуации**	**Действия**
		Эмоции	**Физические реакции**	**Поведение**		
В гости пришел сокурсник мужа. Они разговаривали, а я молчала	«Он видит, насколько ужасно я себя веду Влад бросит меня»	Тревога Страх	Напряжение мышц Сдавливание голосовых связок Давление в желудке и груди	Я сидела неподвижно. Потом я пошла на кухню приготовить им кофе. Затем я извинилась и ушла в спальню. Там я расплакалась	У них была «своя» тема. То, что я молчу, еще не значит, что я ужасно веду себя Влад потом был очень со мной ласков	Перестать себя чрезмерно критиковать. Оценить приятное поведение Влада после визита друга В следующий раз, я могу Петра о чем-нибудь спросить, например, как дела у его семьи

г) Экспозиция пугающих ситуаций

В дополнение к обучению социальным навыкам экспозиция пугающих ситуаций — еще один метод лечения социальной фобии. Если заняться экспозицией преждевременно, когда мы еще не знаем социальных навыков пациента или он не укрепил их тренировкой в группе, то возникает риск, что пациент действительно не сможет справиться с определенной социальной ситуацией, его негативные ожидания и низкая самооценка от этого еще больше укрепятся. Однако, если пациент в рамках группы научится адекватно реагировать на социальные ситуации и осознает свое поведение и мышление в этих ситуациях, это никак не окажет влияние на его жизнь до тех пор, пока он не применит свои новые навыки в реальных жизненных ситуациях.

Примеры учебных экспозиций

1. спросить, который час;
2. спросить дорогу;
3. улыбнуться в метро незнакомому человеку;
4. позвонить кому-либо по телефону;
5. раздавать листовки;
6. брать интервью на улице;
7. заговорить в автобусе с незнакомым человеком;
8. выпить чай в присутствии других пациентов;
9. поесть в присутствии других пациентов;
10. поесть в ресторане в присутствии своего знакомого;
11. поесть в ресторане среди незнакомых людей;
12. произнести подготовленную лекцию перед другими пациентами;
13. говорить в течение 15 минут на заранее неизвестную тему перед другими пациентами;
14. говорить в течение 15 минут на заранее неизвестную тему, с отвлечением со стороны других пациентов.

Экспозиция в воображении

С помощью экспозиции в воображении пациент может подготовиться к ситуациям, которые ждут его, и разыграть их в различных вариантах. В воображении можно также экспонировать пациента различными катастрофическими вариантами, которые в действительности происходят очень редко, но которых пациент очень опасается: как он на встрече в ресторане нечаянно обольет супом свою подругу; как он не сможет выговорить ни одного слова перед группой слушателей и т.д. Мы ставим пациенту задачу написать катастрофический сценарий худшего из всего, что с ним может случиться, в том числе его мысли и физические ощущения и самые неприятные реакции окружающих людей, а затем мы ему повторно читаем этот сценарий вслух до тех пор, пока уровень его тревожности не снизится, или пока этот сценарий перестанет казаться ему настолько ужасным и он осознает, что его можно воспринимать, например, как комичный.

Пример погружения в воображении

Я собираюсь на конференцию о химическом производстве. Уже заранее беспокоюсь, как все пройдет. Я — студент, должен выступать среди специалистов. Это будет позор. Но школа послала именно меня. Если я туда не поеду, это тоже будет позор. Я еду туда на поезде и уже плохо себя чувствую. Мне определенно будет сложно добраться туда от станции — я никогда там не был. Мне придется спрашивать незнакомых людей, как туда пройти. Мой голос будет дрожать. Я точно опоздаю. Я очень не люблю куда-либо опаздывать. Я захожу, мое сердце бешено бьется, меня тошнит, мне плохо. Все смотрят на меня. Они думают: «Что это за молодой человек, зачем он вообще сюда пришел. Ведь в таком молодом возрасте он еще ничего не может знать. Он выглядит, как студент». Все меня строго рассматривают. Я краснею, мое сердце бешено бьется, и я ужасно потею. Я хочу поздороваться, но у меня нет голоса, и я начинаю шептать. Я хочу провалиться сквозь землю от позора. Какой-то строгий мужчина спрашивает меня: «Вы откуда, молодой человек?» Я хочу любезно ответить, но мой голос полностью пропадает. Я

смотрю на него в ужасе. Мое горло сжалось, и я не могу выдать ни звука. Я не в состоянии выговорить свое имя и артикулировать. Мужчина смотрит на меня подозрительно: «Вы откуда? Вы не знаете, что ответить, когда я вас спрашиваю?» — он задает вопрос раздраженным голосом. «Посмотрите, как он глазеет», — говорит другой человек, стоящий рядом с ним. «Лучше его не трогайте, он не в себе». Даже другие люди меня с любопытством рассматривают. Я красный, пот льется со лба, меня сейчас вырвет. Ради Бога, только не это. Когда об этом случае узнает доцент, он подумает, что я абсолютно ни на что не способен. «Не тот ли это студент, который приехал от доцента Кабелева?» — спрашивает другой мужчина. «Он мне звонил и сказал, что сюда направляет талантливого студента, которого он хотел бы оставить на факультете». Я хочу это подтвердить, но затем другой мужчина говорит: «Он не выглядит как способный студент, посмотрите на него, он, наверно, не сможет посчитать и до пяти». Они перестают меня замечать. Я стою там, остолбеневший от ужаса и не знаю, что мне делать. Я хочу уйти, но тут я вспоминаю, что я должен забрать для доцента Кабелева какую-то книгу у профессора Тервина. Мне нужно кого-то спросить, где я могу его найти. Меня снова прошибает холодный пот. Это имя я не смогу произнести. Мое сердце бьется как колокол. Меня снова начинает жутко тошнить. Я с трудом могу сдержаться, чтобы меня не вырвало. Пот стекает по вискам. У меня начинают дрожать руки. Мое сердце бешено бьется. Все вокруг вижу в размытом виде, и чувствую себя как во сне. Что же я хотел спросить? Я кладу руку на плечо мужчины, который стоит спиной ко мне. Он меня не воспринимает. Я чуть сильнее сжимаю его плечо, и он вдруг гневно оборачивается. «Что ты делаешь?» Я, заикаясь, говорю, что хочу поговорить с профессором Тервином. Он показывает мне человека, который говорил со мной в самом начале. Тот сразу поворачивается ко мне и спрашивает с презрением: «Вы что-то хотите от меня?» Заикаясь, говорю что-то о доценте Кабелеве. Я забыл название книги. Тервин на меня смотрит с презрением и говорит: «Вам я книгу не доверю. Пусть за ней пришлют кого-нибудь другого». У меня такое ощущение, что я падаю куда-то в пропасть. Я чувствую, что теряю сознание и в то же время я чувствую позывы к рвоте. Едва могу сглотнуть. Тервин поворачивается ко мне спиной. Я думаю, что мне нужно срочно уйти в туалет, но я не знаю, где он находится. Спросить кого-нибудь я боюсь.

Пример воздействия в воображении

Новый друг Игорь пригласил вас на воскресный обед в семью. Вы напряжены — там будет много людей. Вы входите в помещение, все поворачиваются к вам. Представляетесь как девушка Игоря. Какое-то время за столом царит тишина, а потом отец Игоря поворачивается к вам и говорит: «Расскажи нам что-нибудь смешное, что бы мы повеселились!». Вы ощущаете подъем адреналина. Все смотрят на вас. Им любопытно, что будет происходить. Вы чувствуете, как из головы хаотически убегают мысли. Вы хотите убежать из-за стола, но знаете, что это невозможно. В горле стало сухо, и вы сильно покраснели. Какой-то ребенок показывает пальцем на вас и восклицает: «Посмотрите, какая она красная!» В мыслях у вас путаница. Вы ни о чем не можете думать. Единственное, что Вы замечаете, это сильное сердцебиение и жар на лице. Все смотрят на вас. Они ожидают, что вы скажете. В растерянности вы подумаете, что могли бы рассказать смешной детский стишок

перед едой. Вы хотите начать говорить, но голос из вас не выходит. Вы издаете странный, как будто бы чужой сиплый звук. Вы слышите, как измененным голосом говорите начало стиха. Ваш голос сильно трясется. В середине предложения вы полностью замолкаете. Люди вокруг смотрят на вас с презрением. Они говорят друг другу, что еще не видели кого-то настолько нервозного. Они шепчут: «Бедная девочка, мне ее жалко!». «Бедный Игорь, такую нервозную женщину себе выбрал!» Один ребенок кричит: «Мама, что с ней происходит?» Мать отвечает: «Ей ужасно стыдно, сынок!». Единственное, что вы можете сделать, это смотреть в землю и избегать взглядов. Вы чувствуете, как все смотрят на вас и что-то шепчут друг другу на протяжении всего обеда.

Экспозиция в естественных условиях

Иерархия тренируемых ситуаций всегда должна быть индивидуальной, так как социальная фобия проявляется у всех абсолютно по-разному — для некоторых пациентов гораздо труднее выступать перед группой знакомых людей, а для других, наоборот, перед группой незнакомых людей и т.д. В таком случае пациент практикует между сеансами обговоренные ситуации, результаты записывает и на следующем сеансе рассказывает о полученном опыте. Перед окончанием терапии следует подчеркнуть, что для закрепления достигнутых результатов пациенту необходимо продолжать регулярную практику социальных навыков в межличностных ситуациях, и в целом изменить свой образ жизни с точки зрения большей социальной активности. Подробное описание комплексной программы лечения социальной фобии предоставляет Прашко (1998).

Пример планирования постепенного воздействия

Проблема. Разговаривать с незнакомым человеком
Я избегаю общения с незнакомыми людьми, я даже не в состоянии спросить, который час, проблема купить проездной билет, спросить дорогу, сказать в магазине, что хочу купить. Я боюсь, что начну заикаться и буду выглядеть смешно.
Цель. Научиться разговаривать с незнакомыми людьми

Шаги.	**Предполагаемый уровень тревожности.**
1) Удержать краткий зрительный контакт с незнакомым человеком на автобусной остановке	60 %
2) Удержать зрительный контакт, улыбаясь незнакомым людям в транспортных средствах	65 %
3) Спросить, который час — у пожилой женщины	67 %
4) Спросить дорогу у пожилой женщины	68 %
5) Спросить, который час — у молодой женщины	70 %
6) Спросить дорогу у молодой женщины	72 %
7) Спросить, который час — у мужчины среднего возраста	75 %
8) Спросить дорогу — у мужчины среднего возраста	77 %
9) Спросить, который час — у молодого человека	80 %
10) Спросить дорогу у молодого человека	82 %
11) Начать разговор в поезде с пожилой женщиной	84 %
12) Начать разговор в поезде с мужчиной среднего возраста	85 %
13) Начать разговор в поезде с молодым человеком	90 %
14) Присесть в кафе за столик к женщине и немного поговорить с ней	92 %
15) Присесть в кафе к мужчине и немного поговорить с ним	95 %
16) Поговорить с мужчиной по объявлению о знакомстве	100 %

Исследования показали, что КБТ — эффективный метод лечения социальной фобии (Chambless и Hope, 1996). Однако, доказать, что какой-либо компонент программы лечения был более эффективным, чем другой (например, экспозиция против когнитивной реструктуризации) не получилось.

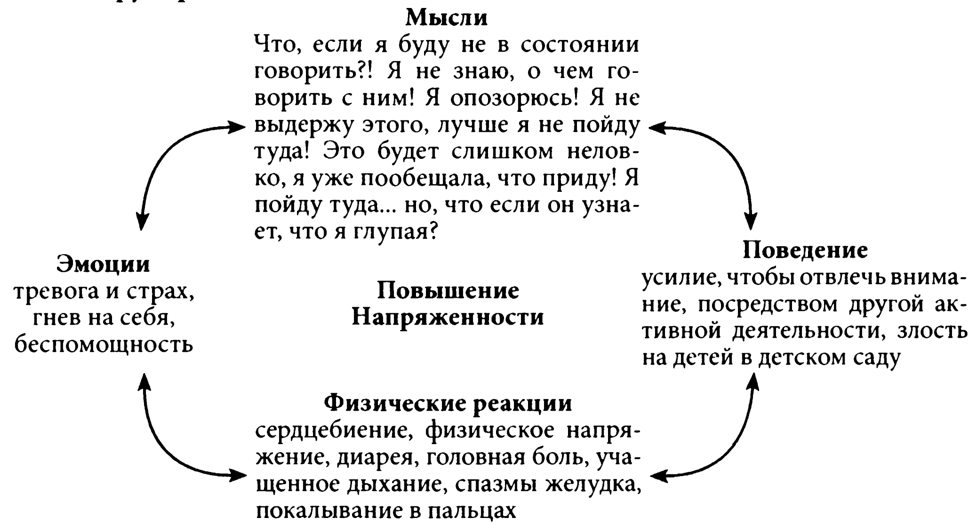
д) Бихевиоральные эксперименты

Бихевиоральный эксперимент — это метод, который на практике тестирует дисфункциональные убеждения. Пациент с терапевтом планируют определенную социальную ситуацию, которую пациент опасается или избегает. Пациент заранее предполагает, чем может закончиться ситуация, и как он будет чувствовать себя, как будет себя вести и т.д. Эксперименты также могут быть направлены непосредственно на попытку изменить неудовлетворительную ситуацию, или на отыскание более подходящих способов реагирования в ситуации, которая не может быть изменена.

Вере 28 лет. Она не замужем, у нее нет молодого человека, и она до сих пор не смогла ни с кем познакомиться. Работает воспитателем в детском саду. Среди детей она чувствует себя прекрасно, однако, плохо переносит все ситуации, в которых участвуют родители детей (например, рождественские праздники), а также боится проверок директора детского сада, потому что она уверена, что та будет ругать ее за то, что она не справляется с работой. Вера живет со своими родителями и братом. Ее мать, так же, как и Вера, в присутствии других людей чрезмерно волнуется, поэтому она много лет не работает, являясь домохозяйкой. Брат и отец смеются над ними обеими, тем не менее, защищают их в социальных ситуациях.

Сейчас Вера находится в сложной ситуации. Она ходит в вечернюю группу для людей, страдающих социальной фобией. Немного уже научилась изменять свои тревожные мысли и в группе практиковала ведение разговора с другими людьми. Тем не менее, она все равно чувствует себя неуверенно. В то же время с ней заговорил симпатичный молодой человек, с которым она уже несколько месяцев ездит утром на трамвае, и после разговора он пригласил ее в кино. Ее еще никто никогда не приглашал в кинотеатр. Этот разговор стал самым длинным, который у нее был когда-либо с человеком противоположного пола. Она не смогла отказаться от такого предложения. Когда она себе представляет, что пойдет в кинотеатр с этим красивым молодым человеком, ей становиться плохо. Ее начинает тошнить и возникает такое чувство, что голова взорвется. При этом она действительно очень хочет пойти на это свидание. Что же ей делать, если она настолько ужасна и глупа?

Порочный круг тревоги



Вера описала порочный круг своей тревоги во время встречи. Для начала она попыталась изменить свои тревожные мысли. Однако, она не особенно доверяла своим рациональным действиям, потому что ситуация опережала ее и могла заново поставить под сомнение рациональные реакции. Но она смогла частично изменить свои тревожные мысли, и ей стало немного легче.

Запись тревожных мыслей

Ситуация	Мысли	Эмоции	Рациональная реакция
Сегодня вечером я встречаюсь и иду в кино с привлекательным молодым человеком Станиславом, с которым ранее не была знакома	1. «Что, если я буду не в состоянии говорить?!» 2. «Я не знаю, о чем с ним говорить!» 3. «Я опозорюсь!» 4. «Я это не выдержу! Лучше, если я не пойду туда! Но это будет слишком неловко, я уже пообещала, что приду!» 5. «Я пойду туда... но, что если он подумает, что я глупая?»	Тревога Страх Гнев на себя Беспомощность	«А что если «да»! Он тоже будет что-то говорить, не только я одна должна буду что-нибудь сказать!» «Я постараюсь спросить его, чем он обычно занимается, что он любит делать, а потом, то же самое расскажу о себе» «Может быть и такое, но я могу сказать ему, что я немного нервничаю, а он, безусловно, тоже будет волноваться» «Постараюсь пойти на свидание, убежать я всегда смогу. Я очень хочу туда пойти, он очень симпатичный. Потом буду сожалеть об этом. Я туда пойду, и не важно, насколько мне будет стыдно» «Я не глупая, я просто боюсь опозориться. Я могу сказать ему о том, насколько я волнуюсь, он может мне помочь! Наверно, я ему нравлюсь, если он пригласил меня в кино»

После изменения мыслей, Вера осознала, что могла бы довериться своему новому другу и рассказать о своей тревоге. У нее были сомнения, что этим по-

ступком она покажет свою слабость, и он ее отвергнет, потому что она ни на что неспособна. Тем не менее, она чувствовала, что если расскажет Станиславу о своих проблемах, это будет справедливее, а она будет меньше переживать по этому поводу. Вера решила сделать это признание в качестве планового эксперимента.

Запись эксперимента

Эксперимент	Необходимое условие — что я ожидаю, что произойдет	Возможные трудности	Способы, как справиться с этими трудностями	Результат эксперимента	Насколько результат эксперимента поддержал мысль, которую я проверяю? (0—100 %)
«Расскажу Станиславу о своей социальной фобии, скажу, что мне за это очень стыдно из-за этого, и в настоящее время я хожу к психотерапевту с этой проблемой»	«Мне станет легче, и он будет знать, что я чрезмерно застенчива. Нам будет о чем поговорить, и это будет очень личное»	1. «Он скажет, что его не интересуют сумасшедшие» 2. «Будет меня отговаривать от лечения, ссылаясь на то, что с этой проблемой я должна справиться сама»	1. «Скажу ему, что я не сумасшедшая, а просто, чрезмерно застенчива. Если он это не поймет, то он мне не нужен» 2. «Скажу, что я уже пробовала этот вариант, но с помощью психотерапевтов эта проблема решается лучше»	Станислав воспринял услышанное положительно и очень заинтересовался, что именно я испытываю, а также спрашивал о психотерапии. Он сказал, что тоже немного застенчив, и, что он полгода готовился, прежде чем обратиться ко мне, чувствовал себя смущенным. Он рад, что я это понимаю. Весь вечер он был очень мил, мы приятно поговорили, и он меня пригласил на следующее свидание. «Я действительно сойду с ума, похоже, что у меня будет парень»	Мне действительно стало легче. И у нас появилась сугубо личная тема. Результат эксперимента поддержал мое предположение на 100 %

Этот эксперимент, который Вера реализовала, поддержал ее альтернативную мысль («Мне станет легче, и он будет более спокойно воспринимать мою застенчивость, нам будет, о чем поговорить, и это будет сугубо личная тема!»). Вера стала больше доверять изменению своих мыслей, а также она стала чувствовать себя намного спокойнее.

е) Когнитивная реструктуризация малоадаптивных убеждений

Неуверенность в себе, страх социальных взаимодействий и избегающее поведение — следствие неблагополучных отношений в детстве, которые пациент, как правило, пережил в своей семье. Работа со схемами подробно описана в общей части книги. Вначале мы тестируем схемы, а затем ищем позицию, которая была

бы более адаптивной. В этом случае часто бывает необходимо провести рассмотрение эмоциональных состояний, которые связаны со схемами (ролевые игры, написание писем родителям или другим близким людям).

Пример работы с дисфункциональной схемой

Дисфункциональная схема. «Когда люди узнают, какая я на самом деле, они будут меня презирать»	
Преимущества	**Недостатки**
«Я всегда стараюсь выполнять все дела как можно лучше, быть совершенной во всем, безупречно одеваться. У меня нет конфликтов с другими людьми, потому что избегаю их или, скорее, во всем с ними соглашаюсь. Я скромная и незаметная. Я преданная, трудолюбивая, пунктуальная и аккуратная»	«Избегаю общения с людьми, чтобы не сделать ошибку. Я одна, ни с кем не связываюсь. Я не могу найти работу лучше, потому что мне пришлось бы разговаривать с незнакомыми людьми, которые могли бы узнать, какая я на самом деле. Одной мне скучно, я не знаю, чем заниматься вечером, обвиняю себя в этом. Я боюсь сказать то, что мне нужно. Я боюсь выражать свое мнение, что еще больше увеличивает мою неуверенность в себе. Я постоянно вспоминаю, как я с кем-либо разговаривала или вела себя, выглядела ли я при этом смешно, у меня уходит много времени на такие мысли, и это унижает меня. У меня полностью отсутствует уверенность в себе»
Более конструктивный взгляд (модификация схемы). «Когда люди узнают, какая я на самом деле, некоторые будут любить и ценить меня, другие, может быть, и нет, а некоторые из них, возможно, презирать меня». **Что изменится в моей жизни.** «Ситуация будет лучше, чем сейчас, когда я изолирована. Я смогу встречаться с людьми, а может быть, даже найду себе партнера». **Чему я для этого должна научиться.** «Открыто выражать свои чувства и мнения, участвовать в межличностных ситуациях»	

ж) Подготовка к будущему и профилактика рецидивов

На конечном этапе терапии мы начинаем работать над предотвращением рецидивов. Необходимо постепенно удлинять периоды между сеансами. На встрече мы работаем над будущими потенциально стрессовыми событиями. Хотя проблемы лишь отчасти являются правдоподобными, целесообразно обсудить их с пациентом для дальнейшего самостоятельного решения. Мы направляем пациента к применению навыков, полученных во время лечения. В конце работы с пациентом рекомендуется провести, так называемую, бустерную встречу — дополнительный сеанс после нескольких месяцев окончания лечения.

5) Проблемы в лечении социальной фобии

Распространенная проблема лечения — страх экспозиционной терапии. Пациенты могут просить, чтобы мы для начала устранили их тревогу, а затем они будут выполнять экспозиции. При чрезмерной боязни экспозиций необходимо определить менее сложные шаги, которые поддержат пациента. Первую экспозицию может выполнить сам терапевт в присутствии пациента. Важно, чтобы первоначальные цели были несложными, но в то же время важными. Если у пациента в самом начале случится неудача, то могут возникнуть трудности в продолжении терапии. По этой причине необходимо ставить такую задачу, где есть наиболь-

ший шанс, что она будет выполнена. Идеальный вариант — если задача будет выполнена, что принесет награду, например, комплимент, когда пациент видит, что порадовал другого человека, и тот его за это благодарит.

Пациенты с социальной фобией часто отрицают те результаты, которых им удалось достичь. Они, как правило, имеют тенденцию недооценивать или дисквалифицировать явным образом освоенные экспозиции (в связи с отрицательной самооценкой). Целесообразно заранее подготовиться к тому, что у пациентов такая мысль присутствует, и предупредить перед выполнением экспозиции, что может возникнуть недооценивание ситуации. Для оценки экспозиции следует найти наиболее объективную меру, которая не может быть недооценена (например, количество людей, к которым пациент обратится).

Другое ятрогенное осложнение — это зависимость от бензодиазепинов. Прием бензодиазепинов при КБТ контрпродуктивен, потому что пациент не может научиться терпеть свою тревогу во время экспозиции. В итоге беспокойство не уменьшится, и пациент не поверит, что сможет справиться с ситуацией без лекарств. Однако, во время прекращения приема препаратов, пациент страдает абстинентными симптомами, которые имитируют ухудшение тревожного расстройства. Следует предупредить об этом пациента, а прекращение приема бензодиазепинов нужно проводить очень медленно (1,8 дозировки в неделю). В период прекращения приема этих препаратов во время абстинентных симптомов мы рекомендуем пациенту больше заниматься спортом преимущественно с аэробной нагрузкой.

Иногда случается, что пациент реагирует на терапевта настороженно или агрессивно. В большинстве случаев это результат переноса — он убежден, что терапевт презирает его или смеется над ним. Эта реакция происходит, когда пациент не отдает себе отчета, что терапевт прекрасно понимает, насколько социальная тревожность является для него фрустрирующей и болезненной, и заставляет его пройти экспозицию, к которой пациент явно не готов. Ситуация переноса должна быть корректно объяснена, следует быть с пациентом терпеливым, показать ему необходимость продолжения экспозиций, облегчить промежуточный этап, а затем похвалить пациента за то, что смог обсуждать это.

8.2.4.5. КБТ и психофармакотерапия социальной фобии

КБТ социальной фобии можно комбинировать с фармакотерапией, особенно в начале, а также у депрессивных пациентов. В качестве эффективных медицинских препаратов были установлены антидепрессанты: моклобемид или пароксетин, сертралин. Прием транквилизаторов считается рискованным, потому что пациенты, страдающие социальной фобией, более склонны к возникновению зависимости. Целью терапии должна быть возможность пациента справиться с обычными социальными ситуациями без помощи препаратов.

8.2.4.6. Пример социальной фобии

Веронике 22 года, она не замужем, без партнера. Жалуется на боязнь социальных ситуаций, которых она по этой причине избегает. Она боится, что не будет знать, что сказать, покраснеет и ее голос будет дрожать. Эти проблемы впервые появились в начальной школе. В последние 3 месяца эти про-

блемы обострились настолько, что Вероника перестала ездить на метро, потому что она боялась, что другие люди ее заметят, отчего она закрылась дома и изолировалась.

Анамнез: *Никто из семьи никогда не обращался за лечением к психиатру. Вероника никогда не страдала от серьезного заболевания. Родители Вероники развелись, когда ей было 5 лет, мать воспитывала ее одна, другой партнер у матери так и не появился, наоборот, о мужчинах она говорила с презрением. От дочери она требовала, чтобы та хорошо училась, была милой, красивой, аккуратной и послушной. Относилась к Веронике очень критично. Отца, которым Вероника при редких встречах восхищалась, мать систематически поносила и с презрением называла слабаком. Мать часто подчеркивала тот факт, что она похожа на него. Учитывая, что отец всегда очень любил Веронику и за это ничего от нее не требовал (ни хорошей учебы, ни красоты, ни послушности), она его тоже очень любила и не считала слабаком, в отличие от матери. Вероника до сих пор живет со своей матерью, практически ни с кем не общается, никогда не встречалась с молодыми людьми и не имеет никакого сексуального опыта. Мать с детства ей повторяла, что «мужики в этом деле свиньи» и «не думают ни о чем другом». Хотя Вероника об этом ничего не знает, потому что никто другой об этом ей ничего не говорил, но ей кажется, что отношения между мужчиной и женщиной настолько сложная вещь, что она лучше предпочтет остаться одной.*

Проблемы начались у Вероники уже в 1-м классе начальной школы. Она хорошо училась, но при выступлении перед классом испытывала чрезмерное волнение. При выступлении она часто останавливалась, краснела и начинала плакать. По этой причине учителя перестали ее мучить и тестировать перед классом, если в этом не было необходимости. Письменные тесты она всегда выполняла хорошо, и если ее тестировали в кабинете, то всегда успешно справлялась. Во 2-м классе, однако, некоторые школьные учителя с этим мириться не захотели. Вероника начала воспринимать тестирование как травматическое событие, краснела, не могла ответить даже на те вопросы, на которые знала ответ. Вероника стала объектом для насмешек в классе. Поэтому она пыталась избегать тестирования. Спасалась она качественным письменным результатом. Значительное ухудшение симптомов тревоги перед людьми произошло у нее в период полового созревания. Она не помнит какого-либо внезапного начала, она просто неожиданно осознала, что больше не в состоянии стоять у доски, одновременно разговаривать более чем с одним человеком и, в принципе разговаривать с ребятами. Она начала избегать зрительного контакта, за что стала себя ненавидеть. Симптомы постепенно множились. Она боялась пойти на собеседование, чтобы поступить в среднюю школу. Благодаря хорошим оценкам она была принята в среднюю школу без собеседования. В средней школе она продолжала страдать, так же не могла выдержать тестирование перед классом, однако, письменные работы выполняла превосходно. В эту ситуацию вмешалась мать Вероники, она пошла к директору, поговорила с ним, и затем преподаватели стали щадить Веронику. Тем не менее, проблема за это время увеличилась до такой

степени, что Вероника была не в состоянии разговаривать с одноклассниками во время перемены, постепенно изолировалась от бывших подруг, полностью прекратила общение с людьми за пределами школы и семьи. С выпускными экзаменами она справилась хорошо, хотя пережила это, как мучение. Мать купила какие-то лекарства, с помощью которых она смогла сдать экзамены. Затем Вероника попыталась учиться на факультете естественных наук. Туда она поступила с легкостью (у нее были отличные оценки). Однако, страх тестирования перед классом привел к тому, что она бросила учебу. Затем она некоторое время работала в качестве секретаря, но была не в состоянии писать под диктовку, очень нервничала и делала ошибки, испытывая сильное сердцебиение. Она уволилась с работы и осталась дома. Она думала, что какое-то время отдохнет, а затем найдет другое место работы, однако, больше года уже не ищет. И даже не зарегистрировалась на бирже труда в качестве безработной, потому что не в состоянии пойти туда и поговорить с незнакомыми людьми. Не может разговаривать по телефону, позвонить по поводу вакансии, так как страх перед обществом превратился в ужас перед человеческим общением вообще. В последние 3 месяца Вероника перестала перемещаться на транспортных средствах — она боится, что люди будут смотреть на нее, она будет краснеть и полностью опозорится. В настоящее время она не разговаривает ни с кем, кроме матери, закрывается в своей комнате, не выходит на улицу, потому что боится, что будет выглядеть неловко.

Предыдущее лечение: *Вероника кратковременно пыталась посещать психотерапевтическую группу, однако, не выдержала нахождение в кругу людей. На сеансах была не в состоянии вымолвить ни слова. В итоге ей пришлось сбежать. В общей сложности, она 4 раза пыталась пойти на групповой сеанс, но каждый раз все заканчивалось одинаково. Вероника не доверяет лечению в группе, она опасается, что может не выдержать этого. Из медикаментозных препаратов, во время лечения в психиатрической клинике, Вероника принимала досулепин, клоназепам и алпразолам, причем, после полугода приема досулепина не произошло никакого существенного эффекта, и Вероника перестала его принимать. После приема клоназепама и алпразолама она чувствовала себя более спокойной, но когда она узнала, что от приема этих препаратов может возникнуть зависимость, отказалась от них.*

При обследовании: *Вероника не в состоянии кому-либо посмотреть в глаза, она пристально смотрит в землю, из-за напряжения делает странное выражение лица, ее тело наклонено, руки сжимает между коленями, она полна страха и тревоги. Уже через 5 минут после начала разговора она хочет уйти, она больше не в состоянии выдержать напряженность в ситуации с незнакомым человеком. В конце первой беседы врач объяснил Веронике, что ранее способствовало развитию ее социальной фобии и что в настоящий момент может ее поддерживать.*

Факторы, повышающие чувствительность к стрессу: *В детском возрасте Вероника испытывала сильную тревогу, когда ее родители ссорились.*

Она полностью подчинялась матери, которая называла ее слабой. Вероника установила чрезмерно высокие требования к себе, а также была убеждена, что никогда не сможет справиться с этими требованиями. Она пришла к выводу, что ее обычное поведение для других людей является неприемлемым, безвольным, жалким и смехотворным.

Провоцирующие факторы: *Социальная фобия у Вероники начала развиваться еще в начальной школе. Испытания при тестировании перед классом, когда она краснела и не была способна сказать что-либо, подкрепили ее убеждение, что она ужасна.*

Поддерживающие факторы: *Самым важным с начальной школы поддерживающим фактором стало избегающее поведение. Избегание тестирования перед классом, взгляда «глаза в глаза», разговора с мальчиками, авторитетными людьми, общения с одноклассниками во время перемен, уход с работы — все это, с одной стороны, приводит к облегчению, а с другой стороны, препятствует проявлению отважности и умению общаться с людьми. Из-за своего страха Вероника не может стать сильной. Другим фактором, который связан с поддержанием социальной фобии, являются когнитивные процессы. Вероника постоянно осуждает себя, говорит, насколько она не способна, бесполезна и слаба. Кроме того, она убеждена, что окружающие ее недооценивают. Она считает, что у других людей такое же мнение о ней, как и у нее самой. Вероника не в состоянии принять от других (теперь только от матери, потому что не общается ни с кем другим) любую положительную оценку, потому что она ее сразу преуменьшает («Они так говорят, потому что жалеют меня, на самом деле, это не так»).*

Терапия: *Вероника была принята в дневной стационар. Она лечилась с помощью комбинации КБТ и фармакотерапии моклобемидом. В начале лечения ей была объяснена когнитивно-бихевиоральная модель социальной фобии, учитывая ее же симптомы. Самым трудным для нее было находиться в группе людей. С самого начала она думала о том, как бы сбежать. Ей помогала только поддержка терапевта, с которым она уже была в состоянии общаться. Вероника воспринимала терапевта как отца, который ей всегда помогал и поддерживал. В начале лечения Вероника общалась с другими членами группы по минимуму и только через терапевта, который ценил даже самый небольшой прогресс. Из группы, в которой находились люди с теми же проблемами, она вынуждена была часто уходить, не выдерживая напряжения. Она хотела прекратить лечение, потому что «она никогда не справится со всем этим». Однако постепенно она адаптировалась. Уже через 2 недели Вероника была в состоянии разговаривать отдельно с одним человеком. Находясь в группе людей, она, однако, молчала и страдала. После 4 недели проведения запланированных экспозиций (постепенное воздействие пугающих ситуаций согласно составленному списку, начиная с более легких ситуаций и заканчивая более тяжелыми: Вероника читала перед группой короткий текст, потом еще раз читала и пересказывала его, затем только рассказывала и, наконец, говорила перед группой на ту тему, которую ей предлагал кто-либо из участников*

группы) ее общение с другими членами группы улучшилось. Тем не менее, у Вероники до сих пор наблюдается тенденция немедленно обесценивать радость успеха. Оглядываясь назад, она думает, что говорила глупости. Акцент делается на планирование награды, которой она сама себя вознаградит, если справится с ситуацией. Спустя 14 дней происходит изменение — Вероника становится более активной, присутствует в группе и в состоянии сыграть сцену в коммуникационном обучении. После 6 недель посещения Вероника заканчивает лечение. Она чувствует себя значительно лучше, тем не менее, генерализация за пределами известной группы людей пока является недостаточной. Вероника в состоянии обратиться на улице к незнакомому человеку и попросить его объяснить дорогу, пойти в какое-либо учреждение, почтовое отделение или в информационную службу и там узнать у сотрудника необходимую информацию, она в состоянии поговорить с продавщицей в магазине, потому что всему этому она научилась во время посещения занятий. С некоторыми ситуациями формального общения она уже справляется без страха, но неформальное общение со сверстниками, такое как общение в кафе, поход на дискотеку и разговор там с людьми — на это ей, по-прежнему, не хватает смелости. Также у нее пока не хватает смелости пойти на собеседование для того, чтобы устроиться на работу — она убеждена, что люди увидят, насколько она не способна. Вероника продолжает выполнять запланированные экспозиции в амбулаторной форме. Она очень хорошо сотрудничает, соответственно, выполняет домашние задания. В дополнение к экспозиционной терапии Вероника работает над когнитивной реструктуризацией взгляда на саму себя. Она все больше начинает осознавать, что не является настолько неспособной, как о себе думает, а наоборот, многие вещи она умеет и может делать. Под руководством терапевта, она пишет письмо своей матери (которое не отправляется), где она выражает все, что никогда не смогла бы сказать своей матери. При чтении письма она сначала испытывала сильный гнев на свою мать, а после сильное облегчение. Она начинает понимать, что фразы типа «ты ни на что не способна и никогда ничего не добьешься» являются фразами, которые ей говорила мать и которые она не должна повторять сама себе. Затем Вероника пишет письмо «маленькой маме», в котором чувствует все потребности матери, начиная с детства и до её вступления во взрослую жизнь. Она начинает понимать, почему ее мать относилась к ней так критично и, в то же время, была настолько к ней привязана и нуждалась в ней. Это письмо и его прочтение помогает ей установить к своей матери равноценные и, в то же время, нежные отношения. Состояние Вероники быстро улучшается и в не терапевтической среде. После 10 недель с начала лечения она уже в состоянии пойти в бюро труда и на собеседование по поводу работы. После 14 недель с начала лечения она нашла работу в администрации города. Теперь (спустя шесть месяцев после окончания лечения) она достаточно хорошо адаптировалась к работе, за ней ухаживают некоторые коллеги, она в состоянии ходить с ними на обед и при этом не испытывать беспокойство. Пока она, однако, ни с кем не встречается.

Заключение

Социальная фобия — наиболее распространенное психическое расстройство. У большинства пациентов эта фобия возникает с детства или с момента полового созревания. Многие больные убеждены, что это их характерная особенность и к лечению, по этой причине, не стремятся. Встречи с психиатром, психологом или другим психотерапевтом они опасаются. Основным лечением социальной фобии считается групповая КБТ или прием антидепрессантов. КБТ обучает пациента социальным навыкам и постепенно подводит его к воздействию пугающих ситуаций. КБТ обычно происходит в группе и длится 6 недель с ежедневной посещаемостью, или 4—6 мес. групповых сеансов с посещением раз в неделю.

Литература

Al-Kubaisy T., Marks I.M., Logsdail S. et al. Role of exposure homework in phobia reduction: a controlled study. Behavioral Therapy, 1992, č. 23.
Alström J.E., Nordlund C.L., Persson G. et al. Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. Acta Psychiatr. Scand., 1984, č. 70.
Amir N., Foa E.B., Coles M.E. Negative interpretation bias in social phobia. Behav. Res. Ther., 1998, č. 36.
Amir N., Coles M.E., Brigidi B. et al. The effect of practice on recall of emotional information in individuals with generalized social phobia. J. Abnorm. Psychol., 2001, č. 110.
Butler G. Exposure as a treatment for social phobia some instructive diculties. Behav. Res. Ter., 1985, č. 23.
Butler G., Cullington A., Munby M. et al. Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. J. Consult. Clin. Psychol., 1984, č. 52.
Butler G., Hackmann A. Social anxiety.//Bennett-Lewy et al. (eds.) Oford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy. Oxford: Oxford University Press, 2004.
Chartier M.J., Walker J.R., Stein M.B. Social phobia and potential child- hood risk factors in a community sample. Psychol. Med., 2001, č. 31.
Clark D.M., Wells A. A cognitive model of social phobia.//Heimberg R.G., Liebowitz M.R., Hope D.A., Schneier I.: Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment. NY: Guilford Press, 1995.
DiGiuseppe R., McGowan L., Sutton—Simon K. et al. A comparative outcome study of four cognitive therapies in the treatment of social anxiety. J. Rat-Emot. Cog. Beh. Ther., 1990, č. 8.
Emmelkamp P.M., Merch P.P., Vissia E. et al. Social phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioral intervention. Behav. Res. Ther., 1985, č. 23.
Fallon I.R., Lloyd G.G., Harpin R.E. The treatment of social phobia. Real- life rehearsal with nonprofessional therapists. J. Nerv. Ment. Dis., 1981, č. 169.
Fava G.A., Grandi S., Canestrari R. Treatment of social phobia by homework exposure. Psychother. Psychosom., 1989, č. 52.
Feske U., Chambless D.L. Cognitive-behavioral versus exposure treatment for social phobia: meta—analysis. Behavior Ther., 1995, č. 26.
Gabbard G.O. Psychodynamic of panic disorder and social phobia. Bull. Menninger. Clin., 1992, č. 52.
Gould R.A., Buckmister S., Pollack M.H. et al. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. Clinical Psychology: Science and Practice, 1997, č. 4.
Hackmann A., Clark D.M., McManus F. Recurrent images and early memories in social phobia. Behaviour Research and Therapy, 2000, č. 38.
Hayes S.N. Design of intervention programs.//Nelson R.O., Hayes S.N. (eds.) Conceptual Foundations of Behavioral Assessment. NY: Pergamon, 1984.
Heimberg R.G., Juster H.R. Cognitive-behavioral treatments: literature review.//Heimberg R.G., Liebowitz M.R., Hope D.A. (eds.) Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment. NY: Guilford Press, 1995.
Heimberg R.G., Dodge C.S., Hope D.A. et al. Cognitive-behavioral group treatment of social phobia: comparison to a credible placebo control. Cognitive Therapy and Research, 1990, č. 14.

Heimberg R.G., Salzman D.G., Holt C.S. et al. Cognitive-behavioral group treatment of social phobia: effectiveness at five-year follow up. Cognitive Therapy and Research, 1993, č. 17.
Heimberg R.G., Liebowitz M.R., Hope D.A. et al. Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: 12-week outcome. Arch. Gen. Psychiatry, 1998, č. 55.
Hope D.A., Heimberg R.G., Bruch M.A. Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Behav. Res. Ther., 1995, č. 33.
Hudson J., Rapee R. The origins of social phobia. Behav. Modif., 2000, č. 24.
Jerremalm A., Jansson L., Öst L.G. Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. Behav. Res. Ther., 1986, č. 24.
Kanter N.J., Goldfried M.R. Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. Behav. Res., 1979, č. 10.
Kendler K.S., Neale M.C., Kessler R.C. et al. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, č. 49.
Kessler R.C., Stang P., Wittchen H.U. et al. Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. Psychol. Med., 1999, č. 29.
Lieb R., Wittchen H.U., Hofler M. et al. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. Arch. Gen. Psychiatry, 2000, č. 57.
Liebowitz M.R., Heimberg R.G., Schneier R. F. et al. Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. Depress. Anxiety, 1999, č. 10.
Lucas R.A., Telch M.J. Group versus individual treatment of social phobia. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavioral Therapy. Atlanta: November 1993.
Lucock M.P., Salkovskis P.M. Cognitive factors in social anxiety and its treatment. Behav. Res. Ther., 1988, č. 26.
Magee W.J., Eaton W.W., Wittchen H.U. et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry, 1996, č. 53.
Meichenbaum D. Stress Inoculation Training. NY: Pergamon, 1985.
Marzillier J.S., Lambert C., Kellet J. A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. Behav. Res. Ther., 1976, č. 14.
Mattick R.P., Peters L. Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. J. Consult. Clin. Psychol., 1988, č. 56.
Mattick R.P., Peters L., Clarke J.C. Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. Behavior Ther., 1989, č. 20.
Mersch P.P.A., Emmelkamp P.M.G., Bögels S.M. et al. Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive intervention. Behav. Res. Ther., 1989, č. 27.
Öst L.G. Age of onset of different phobias. J. Abnormal. Psychol., 1987, č. 96.
Öst L.G., Jerremalm A., Johansson J. Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. Behav. Res. Ther., 1981, č. 19.
Praško J., Prašková H., Kosová J. et al. Máte nepřiměřený strach ze sociálních situací? Praha: Psychiatrické centrum 1996, Zprávy č. 141.
Praško J., Kosová J., Pašková B. et al. Sociální fobie a její léčba. Příručka pro vedení terapie. Praha, Psychiatrické centrum 1998, Zprávy č. 147.
Praško J., Prašková H. Trápí vás nadměrný stud aneb jak překonat sociální fobii. Praha: Grada, 1999.
Praško J., Kosová J., Pašková B. et al. Farmakoterapie a psychoterapie v léčbě sociální fobie z pohledu dvouletého katamnestického sledování. Závěrečná zpráva grant u IGA MZ ČR 3703—4, 2000.
Praško J., Kosová J., Pašková B. et al. Farmakoterapie versus KBT v léčbě sociální fobie — kontrolovaná studie s dvouletou katamnézou. Česká a slovenská psychiatrie, 2003, č. 99 (Suppl. 2).
Roth D., Antony M.M., Swinson R.P. Interpretation for anxiety symptoms in social phobia. Behav. Res. Ther., 2001, č. 39.
Schneier F.R., Marshall R.D., Street L. et al. Social phobia and specific phobias.// Gabbard G. O., Atkinson S. D. (eds.) Synopsis of Treatments of Psychiatric Disorder, 2nd edition. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
Scholing A., Emmelkamp P.M.G. Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating, or trembling. Behav. Res. Ther., 1993, č. 31.

Scholing A., Emmelkamp P.M.G. Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. Behav. Res. Ther., 1993, č. 31.
Scholing A., Emmelkamp P.M.G. Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling: results at long-term follow up. Behav. Modif., 1996, č. 20.
Scholing A., Emmelkamp P.M.G. Treatments of generalized social phobia: results at long-term follow up. Behav. Res. Ther., 1996, č. 34.
Stravynski A., Marks I., Yule W. Social skills problems in neurotic outpatients: social skills training with and without cognitive modification. Arch. Gen. Psychiatry, 1982, č. 39.
Stemberger R.T., Turner S.M., Beidel D. C. et al. Social phobia: an analysis of possible developmental factors. J. Abnormal Psychol., 1995, č. 104.
Stein M.B., Leslie W.D. A brain single proton emission computed tomography (SPECT) study of generalized social phobia. Biol. Psychiatry, 1996, č. 39.
Stopa L., Clark D.M. Social phobia and interpretation of social events. Behav. Res. Ther., 2000, č. 38.
Taylor S., Woody S., Koch W. et al. Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: efficacy and mode of action. Behav. Modif., 1997, č. 21.
Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1996, č. 27.
Trower P., Yardley K., Bryant B. et al. The treatment of social failure: a comparison of anxiety reduction and skills acquisition procedures on two social problems. Behav. Modif., 1978, č. 2.
Turner S.M., Beidel D.C., Cooley M.R. et al. A multi-component behavioral treatment for social phobia: social effectiveness therapy. Behav. Res. Ther., 1994, č. 32.
Turner S.M., Beidel D.C., Jacob R.G. Social phobia: a comparison of behavioral therapy and atenolol. J. Consult. Clin. Psychol., 1994, č. 62.
Turner S.M., Beidel D.C., Cooley-Quille M.R. Two-year follow-up of social phobics treated with social effectiveness therapy. Behav. Res. Ther., 1995, č. 33.
Wlazlo Z., Schroeder-Hartwig K., Hand I. et al. Exposure in vivo vs. social skills training for social phobia: long-term outcome and differential effects. Behav. Res. Ther., 1990, č. 28.

8.2.5. Специфические фобии

Хана Прашкова, Ян Прашко

8.2.5.1. Основная информация о специфических фобиях

Под понятием специфическая фобия мы подразумеваем иррациональный страх конкретного объекта или ситуации. Страх, как правило, ограничивается этой ситуацией или объектом, и больной не страдает от симптомов тревоги до тех пор, пока не встретится с предметом фобии. Специфические (изолированные) фобии ограничиваются весьма специфичными ситуациями: близость определенных животных, высота, буря, темнота, самолет, замкнутые пространства, мочеиспускание или дефекация в общественных туалетах, прием определенной пищи, посещение стоматолога, взгляд на кровь, травма или страх некоторых заболеваний. Более современными объектами фобии являются болезнь после облучения радиацией, венерические заболевания, а в последнее время — СПИД. Хотя возбуждающая ситуация является незаметной, ее присутствие может вызвать панику, как при агорафобии или социальной фобии. Можно выделить следующие компоненты:

1. Антиципационная тревога предотвращает или ограничивает возможность конфронтации с фобическим стимулом;
2. Основной страх;
3. Избегающее поведение, минимизирующее тревогу.

1) Клинические проявления специфических фобий

Фобическая тревога не может быть дифференцирована в другие типы тревоги субъективно, физиологически или по своему поведению и варьируется по степени тяжести от легкого дискомфорта до ощущения ужаса. Внимание пациента может быть сосредоточено на отдельных симптомах, например, сердцебиении или чувстве потери сознания, часто присоединяется и вторичный страх смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Тревога не спадает, даже когда человек осознает, что другие не воспринимают эту ситуацию, как опасную или угрожающую. Одна мысль больного о том, что он вступает в контакт с объектом фобии, как правило, вызывает антиципационную тревогу.

Исторически фобии были классифицированы по обозначению объектов фобии, таким образом, возникла очень экзотическая номенклатура: зоофобия (боязнь животных), энтомофобия (боязнь насекомых), никтофобия (боязнь темноты), арахнофобия (боязнь пауков), антофобия (боязнь цветов), айлурофобия (боязнь кошек), орнитофобия (боязнь птиц), клаустрофобия (боязнь закрытых пространств), гефирофобия (боязнь мостов), айхмофобия (боязнь острых предметов), бронтофобия (боязнь грома) и офидиофобия (боязнь змей). Независимо от источника страха фобия состоит из трех компонентов: типичных физических симптомов тревоги, антиципационных тревожных мыслей и избегание стимула, который вызывает страх. Современная концепция разделяет (АПА — Американская психиатрическая ассоциация, 2000) специфические фобии на следующие подтипы:

- естественные природные силы (например, гроза, вода, высота),
- животные (жалящие насекомые, собаки),
- инъекция, кровь и травмы,
- определенные места (самолет, автомобиль, лифт, мост, закрытые помещения),
- другие (рвота, болезнь, громкие звуки).

Достоверность этого распределения была подтверждена данными исследованиями, показывающими, что эти подтипы отличаются временем начала заболевания, семейным анамнезом и физиологическими реакциями на фобические раздражители (Curtis и Thyer, 1983; Fyer и др., 1990; Himle и др., 1991; Öst, 1987). Тем не менее, недавнее исследование показало, что специфическая фобия не является настолько уж специфической, у 68 % больных можно обнаружить, по крайней мере, два ее подтипа (Hofmann и др., 1997).

2) Диагностика специфических фобий

Специфическая фобия проявляется страхом закрытых объектов, ситуаций или какой-либо деятельности. Обычно, речь идет не о прямом страхе объектов, ситуаций или деятельности, но о страхе прямых последствий, которые, в соответствии с убеждением пациента, появятся после контакта с таким объектом, ситуацией или деятельностью. Эти страхи являются преувеличенными, нереалистичными и настолько сильными, что страх не уменьшается даже после заверения больного в том, что этой ситуации не нужно бояться, несмотря на то, что больной признает, что его страх является чрезмерным.

Диагностические критерии МКБ-10 специфических (изолированных) фобий (1996)

А. Должен присутствовать один из следующих признаков:
1) значительный страх от специфических вещей или ситуаций, которые не включены в агорафобию или социальную фобию,
2) явное избегание определенных специфических вещей или ситуаций, которые не являются предметом или причиной агорафобии или социальной фобии.

Наиболее распространенными объектами и ситуациями являются животные, птицы, насекомые, высота, гром, полет, небольшие замкнутые пространства, вид крови или травмы, инъекции, визит к стоматологу и поход в больницу.

Б. При начале расстройства симптомы тревоги должны иногда проявляться в пугающих ситуациях, как определено в F40.0, критерий Б.

В. Тяжелые эмоциональные переживания вызывают симптомы или избегание этих симптомов и человек осознает, что они являются чрезмерными и необоснованными.

Г. Симптомы являются следствием пугающей ситуации или возникают при ее ожидании.

Специфические фобии могут быть разделены на:
— фобии животных (например, насекомых, собак);
— фобии природных явлений (например, грозы, воды);
— фобии инъекции, крови и травмы;
— фобии определенных мест (например, лифтов, туннелей);
— другие виды фобий

3) Эпидемиология специфических фобий

Специфическая фобия является самым распространенным тревожным расстройством. На протяжении жизни оно затрагивает 11,3 % населения (Regier и др., 1988; Eaton и др. 1991; Kessler и др., 1994; Magee и др., 1996). Чаще встречается у женщин, чем у мужчин (15,5 % против 7,8 %). Большинство больных, однако, не обращаются за медицинской помощью по причине того, что интенсивность их проблем в значительной степени не влияет на их жизнь. Специфическая фобия, как правило, возникает в детстве, или в раннем подростковом возрасте, и, если ее не лечить, то она может сохраняться в течение десятилетий. Средний возраст начала заболевания — 15 лет (Regier и др., 1988). Возраст начала заболевания может быть разным в различных подтипах специфической фобии. Маркс (1969) установил, что средний возраст начала фобии животных является 4,4 года, в то время как при ситуационной фобии — 22,7 года. Тяжесть последующего ограничения зависит от того, насколько успешно пациент способен избегать фобических ситуаций. Относительно мало людей, страдающих специфической фобией, обращаются за медицинской помощью (Magee и др., 1996). Это происходит потому, что большинство больных воспринимает свою фобию как нечто само собой разумеющееся, «нормальную» часть своей личности. Кроме того, целого ряда фобических ситуаций, возникающих в повседневной жизни, можно легко избежать (например, поиск дороги, где человек точно не встретит собаку). Без конфронтации с фобическим стимулом у людей, страдающих специфической фобией, как правило, отсутствуют какие-либо симптомы (Butler, 1989). Тем не менее, при более се-

рьезном процессе болезни, специфическая фобия может значительно ограничивать жизнь (Pegeron и Thyer, 1986).

4) Этиопатогенетические факторы специфических фобий

Гипотезы о происхождении фобии — это результат интеграции этологических и биологических подходов и теории обучения. Физр (1990) установил высокую степень семейной наследственности специфической фобии, с приблизительно трехкратным риском для родственников больных первой степени родства. Однако, одно исследование близнецов Скрэ (1993) не поддерживает генетический компонент при специфической фобии. А в другом исследовании близнецов, Кендлер и его группа установили семейную агрегацию фобий, приписываемую генетическим факторам с умеренной наследуемостью, в 30—40 % случаев в зависимости от конкретной фобии (Kendler и др., 1992).

Эволюционная перспектива поддерживается широко распространенной фобией у разных видов животных и в разных человеческих культурах. Это указывает на эволюционное влияние. Например, боязнь высоты, змей, крыс, насекомых, темноты, незнакомых людей, замкнутых пространств и больших открытых площадей может иметь большое значение для выживания (Lorenz, 1966). Согласно этой точке зрения, у людей врожденная предрасположенность к боязни определенных раздражителей, которые представляли угрозу в примитивной среде (Seligman, 1971).

Нейробиология специфичных фобий до настоящего времени изучена недостаточно. В двух исследованиях тестировали реакцию на ингаляцию CO2, где не было найдено никаких различий между больными фобиями и контрольной группой (Antony и др., 1997; Verburg и др., 1994). Нейровизуализационные способы изучения специфической фобии были очень мало использованы, и их результаты противоречивы. Одно исследование показало отрицательные результаты во время экспозиции фобическим стимулам (Mountz и др. 1989). В то время как 2 других исследования показали активацию визуального ассоциативного кортекса (Fredriskon и др., 1993) и соматосенсорного кортекса (Rauch и др., 1995), что может означать, что визуальное и тактильное представление является одним из компонентов фобических реакций.

Когнитивные схемы, которые передают условный страх, в настоящее время в патогенезе тревожных расстройств часто упоминаются в качестве центральных, в том числе при специфической фобии, хотя исследовательских данных по этому вопросу пока недостаточно. Такая модель особенно привлекательна с учетом того, что она предполагает очень быструю реакцию страха по отношению к условному раздражителю без гиппокампального или кортексно основанного опыта, или памяти, по какой причине возникает этот страх. Исследование, рассматривающее воздействие людей, страдающих социальной фобией на скрытые раздражители (чрезвычайно быстрые раздражители, которые можно осознать лишь имплицитно), частично поддержало утверждение, что фобические раздражители, даже если они сознательно не зафиксированы, могут запустить субъективные или объективно измеримые проявления реакции страха (Ohman и Soares, 1994; Van Den Hout и др., 1997).

Классические психодинамические представления о фобии предполагают, что речь идет о компромиссном формировании в результате проекции, перемещения и избегания запрещенного действия и вызывающих тревогу сексуальных или агрессивных желаний. Генетическая модель психоанализа сочетает в себе возникновение фобии с эдиповой фазой, так как желания и запреты в этой стадии напрямую вызывают амбивалентные конфликты. Согласно Фрейду, инцестные сексуальные желания приводят к беспокойству из-за возмездия другого родителя и кастрации. Родительское поведение может поддерживать такую амбивалентность. Свою идею Фрейд продемонстрировал на примере маленького Ганса, который боялся лошадей (Freud, 1955). Лошадь в этом случае была символом карающего (кастрирующего отца). Защитный механизм репрессий, как правило, защищает человека от испытывания тревоги в этой ситуации. Если подавление является недостаточным, эго должно использовать другой защитный механизм. При фобии Фрейд предположил перенос аффекта на менее значительные объекты или ситуации (например, собака или другое животное), которые больной использует для символизации первоначального источника страха. Из-за неуверенности возникает тесная связь с родителями (как правило, с матерью) и появляются другие трудности в автономном развитии. Сильная связь с одним из родителей приводит к страху столкнуться с определенными ситуациями, с которыми обычно справляются люди в зрелом возрасте.

Теорию научения и модели КБТ см. ниже в подразделе 8.2.5.2. «Специфическая фобия — с точки зрения КБТ».

5) Дифференциальная диагностика и коморбидность специфических фобий

Преувеличенные страхи и избегающее поведение характерны для целого ряда психических расстройств. Диагноз специфической фобии имеет место только тогда, когда одна или несколько фобий являются доминирующими при расстройстве и приводят к значительному стрессу для больного, но не являются результатом другого психического расстройства.

1. Прежде всего, мы должны отличать специфическую фобию от *агорафобии и социальной фобии*. Тревога при специфической фобии привязана к конкретному объекту и в других ситуациях она не проявляется. Агорафобия, и социальная фобия, как правило, генерализированы целым рядом ситуаций. Иногда бывает трудно отличить специфическую фобию полета от агорафобии. Исследование Эглерс (1994) показало, что люди, страдающие специфической фобией полета, боятся падения самолета, в то время как люди с агорафобией боятся того, что в самолете у них случится паническая атака и им никто не сможет помочь.
2. *Посттравматическое стрессовое расстройство с* избеганием ситуаций и объектов, напоминающих о травме. Помимо очевидной связи с травмирующим событием, появляются типичные симптомы посттравматического стрессового расстройства, такие как воспоминания, ночные кошмары (Harvey и Râpée, 2002).
3. *Обсессивно-компульсивное расстройство* с избеганием ситуаций или мест из-за возможного заражения инфекцией. Однако кроме избегающего поведения и боязни некоторых мест и ситуаций появляются типичные обсессии и компульсии, которые отсутствуют при специфической фобии.

4. *Расстройство пищевого поведения* с избеганием приема пищи иногда может показаться развитием специфической фобии. Тем не менее, причина избегания при расстройстве пищевого поведения заключается в желании снизить вес, а также, здесь присутствуют и другие симптомы, такие как рвота, приступы булимии, прием слабительных препаратов и т.д.
5. При *шизофрении и психотических расстройствах* иногда появляется страх специфических ситуаций, который напоминает специфическую фобию. Причина страха, однако, является обманчивой. Другие симптомы, такие как бредовые мысли, расстройство восприятия, когнитивные изменения и ослабление ассоциаций, указывают на более серьезное расстройство. При специфической фобии у больного всегда есть возможность увидеть и осознать, что его страхи являются преувеличенными или необоснованными.

Коморбидность

Несмотря на широкое распространение специфических фобий, большинство пациентов, которые страдают от них, приходят к лечению из-за другой проблемы, как правило, по причине тревожного расстройства (Leahy и Holland, 2000). Большинство пациентов, страдающих специфической фобией (83,4 %), имеют также и другие тревожные или депрессивные расстройства (Kendler и др., 1992): агорафобию, униполярную депрессию, дистимию, социальную фобию, обсессивно-компульсивное расстройство и ПР. Тем не менее, годовой показатель коморбидности при специфической фобии ниже, чем при других тревожных расстройствах (Magee и соавт., 1996). Такие люди гораздо чаще страдают от алкогольной зависимости, чем остальное население.

6) Развитие специфических фобий

Чаще всего специфическая фобия начинается в детстве. Реже эта фобия может начаться во взрослом возрасте после определенного травматического события (укус собаки, падения с высоты). Некоторые фобии, начавшиеся в детстве, могут спонтанно исчезнуть в зрелом возрасте, многие из них, в зрелом возрасте ослабевают, но остаются без изменений, а иногда и прогрессируют в связи с внешним стрессом. В отличие от агорафобии, специфическая фобия в зрелом возрасте, как правило, не имеет тенденцию к более значительным изменениям интенсивности проблем и, если ее не лечить, может длиться всю жизнь, и даже после достижения ремиссии примерно у половины пациентов состояние вновь ухудшается (Lipsitz и др., 1999).

8.2.5.2. Специфическая фобия с точки зрения КБТ

Чтобы лучше понять подход КБТ, для начала необходимо упомянуть о более ранней бихевиоральной модели и новой когнитивной модели специфической фобии.

1) Бихевиоральная модель специфических фобий

Согласно теории научения, специфическая фобия — это условная реакция, вызванная ассоциацией с фобическим объектом (условный стимул), связанная с негативным опытом (безусловный стимул). На первом этапе происходит возникновение страха посредством классического обусловливания. На 2 этапе избегание

фобического стимула предотвращает возникновение условного беспокойства, и по этой причине повторяется избегающее поведение — фобия поддерживается оперантным обусловливанием — страх «консервируется» (Mowrer, 1947, 1960). Привыкание к стимулу-раздражителю не может произойти из-за этого действия. Наоборот, к постепенному привыканию приводит воздействие фобического раздражителя. По словам Бандуры (1969) и Рахмана (1978), страху можно научиться посредством подражания, имитации поведения родителей или сверстников. Также существует альтернативный взгляд на функцию избегающего поведения, в котором говорится, что из-за такого поведения больной не может изменить свой взгляд на самое страшное из того, что может произойти при встрече с фобическим раздражителем (Arntz и др., 1995).

Более новая модель этиологии специфической фобии была описана Фиэр (1998). Для удовлетворительного объяснения развития специфической фобии, она разработала модель модифицированного обусловливания.

1. Многие пациенты, страдающие специфической фобией, не помнят свое первоначальное аверсивное событие, т. е., если такое событие произошло на самом деле, то оно должно быть закодировано в памяти в эмоциональной амигдале, а не в эпизодической памяти, заложенной в основе функции гиппокампа. Это может быть потому, что событие произошло до 3-х летнего возраста, когда часть волокон гиппокампа еще не была миелинизирована, или потому, что оно сопровождалось стрессовыми условиями, которые были диссоциированы.
2. С учетом того, что общее число объектов, которые вызывают фобию у людей, ограничено, кажется, что здесь может функционировать эволюционно сформированная предрасположенность к специфическим раздражителям. Диспонированные раздражители затем легко возникают и плохо исчезают.
3. Только у ограниченного количества людей, которые подвергаются воздействию определенного стимула, развивается фобическая реакция — это может свидетельствовать о важной роли других факторов, таких как генетическая уязвимость или предыдущий опыт.
4. Большинство специфических фобий являются резистентными к исчезновению, если их не лечить специфическими методами, даже несмотря на то, что больные знают о том, что их страх преувеличен.

2) Когнитивная модель специфических фобий

Когнитивная модель специфической фобии признает роль защитного и избегающего поведения в поддержании страха, а также в качестве основного вопроса рассматривает малоадаптивные когнитивные процессы. Тревога и страх являются рациональной реакцией на ситуацию, которую человек воспринимает как опасную (Kirk и Rouf, 2004). Это понимание является ошибочным в связи с изменениями сознания, оценивания и воспоминания. Если произойдет изменение когнитивных процессов, то защитное и избегающее поведение, страх и беспокойство перестанут иметь смысл. Роль когнитивных переменных при специфических фобиях рассматривалась в нескольких исследованиях. Очевидно, что у пациентов происходит сдвиг во внимании и атрибуции, который касается фобических объектов и ситуаций — они уделяют большее внимания поиску угрожающих ситуаций, чем контролю (Kindt и Brosschot, 1999), и приписывают им чрезмерно ката-

строфический смысл (Jones и Menzies, 2000). Например, пациенты с фобией змей или пауков до начала лечения имеют тенденцию переоценивать степень активности пугающего животного. После успешного лечения их оценка ситуации аналогична контрольной группе (Rachman и Cuk, 1992). Переоценивание опасности и ее последствий основано на сдвиге в восприятии и памяти. Например, пациент с фобией мышей и крыс при обнаружении мыши представляет, что она бежит к нему. Он понимает, что с ним подобное случилось в прошлом, иногда у него возникает яркое воспоминание о такой ситуации, или лишь мимолетное воспоминание (в основном, ошибочное) о том, что мышь кого-то укусила. Недооценивание своей собственной способности справиться с ситуацией и небольшая вера в помощь со стороны окружающих людей связаны с малоадаптивными когнитивными схемами, такими как: «Я слабак, никто другой не боится таких вещей! Другие недооценивают людей, которые имеют такой страх».

Согласно когнитивной модели, в поддержании специфической фобии участвуют следующие процессы (Kirk и Rouf, 2004 г.):

Ожидание тревоги, основанное на оценке чрезмерной опасности или повреждения («Иглы часто ломаются! Игла сломается и будет перемещаться по всему телу! Она проколет мое сердце!»).

1. Физиологическое возбуждение — потенциальный источник дополнительных ожиданий тревожности. Физические симптомы могут вызывать страх подобным образом, как и сам объект.
2. Сверхнастороженность стимулами, связанными с объектом фобии или ситуацией. Наблюдение за окружением, не присутствует ли пугающий объект. Необходимость в заверении от других людей, что «воздух чист».
3. Защитное поведение, которое мешает осознанию, что объект или ситуация, в действительности, не являются опасными.

Убеждение относительно объекта фобии, часто очень своеобразное («Молния всегда ударяет в дом! Паук больно кусается!»).

Вторичное познание — значение, которое пациент придает тому, что страдает фобией («Я слабый! Фобия разрушила мою жизнь! Другие люди презирают меня из-за моей фобии! Я никогда не избавлюсь от этого!»).

Таблица 8.18. Типичное прогнозирование и защитное поведение при специфической фобии (Kirk a Rouf, 2004)

Фобический раздражитель	**Примеры прогнозирования (относительно ущерба, преодоления и спасения)**	**Примеры защитного поведения**
Животные	Если я увижу собаку, она прыгнет на меня и укусит!	Избегаю животных, не хожу в парки, стараюсь не упоминать слова «собака», наблюдаю за происходящим вокруг
Высота	Если я буду стоять близко к краю, потеряю контроль и упаду!	Избегаю высоты, высоких этажей, лестниц, мостов, стараюсь находиться подальше от окон
Вода	Буду пытаться сделать вдох, запаникую и утону! Никто не поможет мне!	Избегание глубины, перемещения по воде, плавания, водных горок и т.д.

Молния	В меня попадет молния, и я умру! Я не смогу защитить себя!	Нахождение внутри какого-либо помещения во время грозы, прятанье под одеялом, ношение специальной обуви и одежды
Зубы	Боль будет невыносимой! Стоматолог не остановится в этой ситуации!	Избегание стоматологов, прием антибиотиков и анальгетиков в случае боли
Инъекции	Это будет ужасно больно! Игла сломается в моем теле!	Избегание, боязнь находиться при инъекции другому человеку, осматривание, не лежит ли где-нибудь выброшенная игла
Закрытые пространства	Я не смогу отсюда выбраться! Я потеряю контроль над собой! Сойду с ума!	Избегание, выбор места рядом с выходом, нахождение в туалете с открытой дверью, открытие окон, глубокое дыхание
Находиться в одиночестве	На меня нападут и убьют! Я не могу быть одна, находиться в одиночестве!	Требование постоянного сопровождения, отдых и сон с ножом под подушкой, сигнальное оборудование
Шум	Я это не выдержу! Я сойду с ума!	Избегание, успокоительные препараты, затычки для ушей
Рвота	Я не могу вынести запах/звук/вкус рвоты! Я не смогу дышать! Когда у кого-то другого будет рвота — заболею!	Уменьшение количества пищи, избегание нахождения среди людей, наблюдение за тем, не выглядит ли кто-либо больным

3) Межличностные факторы специфической фобии

Множество людей неклинического населения страдает от каких-либо специфических фобий. Из-за относительно высокой частоты кажется, что специфическая фобия является недостаточно стигматизированным расстройством, поскольку больному за нее стыдно меньше, чем за другие тревожные расстройства (агорафобия и социальная фобия) или депрессию (Leahy a Hollander, 2000). Многие больные также убеждены в том, что их страх не является иррациональным, а соответствует реальной угрозе. В некоторых случаях специфическая фобия может существенно повлиять на жизнь со своим партнером или семьей, в особенности тогда, когда она ограничивает проведение своего досуга, когда партнер вынужден сопровождать больного, выполнять вместо него определенные действия, или это заболевание ограничивает воспитание своих детей. Здоровые партнеры могут реагировать на проблемы больного чрезмерной опекой, и получать от фобии больного собственную прибыль (зависимость партнера, меньшие опасения неверности), но также могут быть очень критичными и агрессивными, потому что вынуждены выполнять ту деятельность, которая им не нравится.

4) Когнитивно-бихевиоральная модель специфических фобий

Когнитивно-бихевиоральная модель специфических фобий придает большое значение как когнитивным, так и бихевиоральным факторам. Она предполагает, что ранние эволюционные переживания могут привести к возникновению специфических позиционных схем — убеждение об уязвимости конкретным объектом или ситуацией (Leahy и Holland, 2000). Из этих позиций внимание направляется на селективно конкретные ситуации, их оценка преувеличивается, воспоминания искажаются, и возникает ощущение бессилия и невозможность справиться

с подобной ситуацией. Таким образом, личная значимость определенных специфических ситуаций для больного смещается и всегда обозначает угрозу (Beck и др., 1985). Большинство больных специфической фобией имеет целый ряд АНМ, касающихся пугающей их ситуации или стимула. Типичным является преувеличение вероятности угрозы: «Пауки могут находиться везде. Любая собака может броситься на меня». Переоценивание опасности: «Паук прыгнет на меня и укусит. Молния может легко поразить любого, кто находится на улице!», и ее последствий: «Я от этого сойду с ума! У меня случится сердечный приступ! Все будут презирать меня, когда увидят мой страх!». Недооценивание собственной способности справиться с ситуацией: «Я не смогу себя защитить!», и посторонней помощи: «Мой муж мне не поможет и будет надо мной смеяться! Никто не сможет обработать мою рану!».

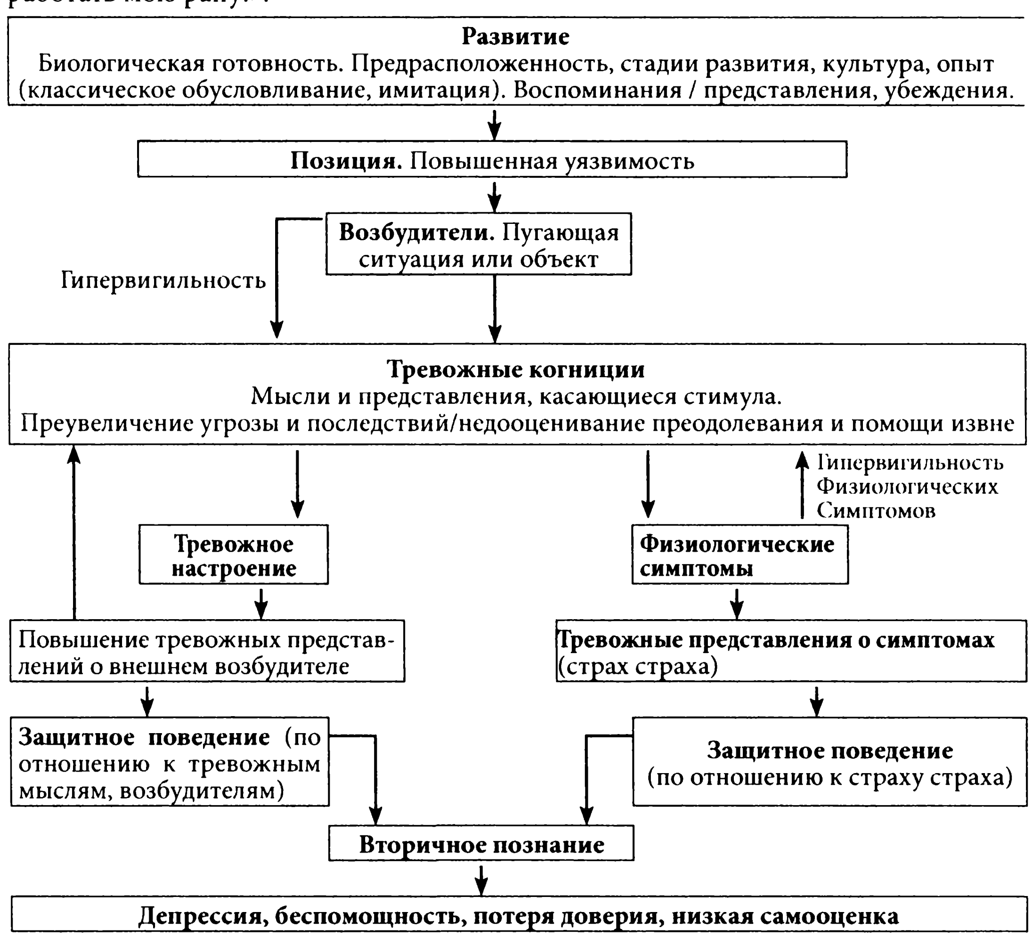


Рис. 8.27. Когнитивно-бихевиоральная модель специфической фобии (Kirk и Rouf, 2004)

5) Исследования эффективности КБТ специфических фобий

Результаты исследований КБТ показывают, что это лечение приводит к быстрому клиническому улучшению у 74—94 % больных в зависимости от типа фобии (Ost, 1997). Наиболее эффективным подходом является экспозиционная те-

рапия (Schneier и др., 1996; Harvey и Rapee, 2002; Antony и McCabe, 2003), которая представляет длительный и повторный контакт с пугающими ситуациями и раздражителями.

Систематическая десенсибилизация

Первым эффективным методом, описанным в лечении специфической фобии, была систематическая десенсибилизация (Wolpe, 1958, 1973). Систематическая десенсибилизация оказалась значительно эффективней, чем индивидуальная или групповая психотерапия, ориентированная на получение какой-либо точки зрения (Gelder и др., 1967).

Экспозиционная терапия

Успешность лечения специфических фобий с помощью экспозиции высока — сообщается, что 80—90 % больных избавляются от своей фобии в течение 5—10 сеансов (Mavissakalian и Barlow, 1981). Успешность лечения, обусловлена тем, что фобия не связана с другими проблемами, фобический раздражитель правильно определен, и пациент достаточно мотивирован, чтобы избавиться от фобии, и готов кратковременно терпеть сильную тревогу.

ДПДГ — Десенсибилизация и переработка движениями глаз

Недавнее исследование Муриса (1997) тестировало ДПДГ (Десенсибилизация и переработка движениями глаз) в лечении фобии пауков у детей в сравнении с экспозицией в естественных условиях. Оба подхода улучшили симптомы, тем не менее, экспозиция в естественных условиях оказалась значительно эффективней в устранении избегающего поведения.

Переменные, которые оказывают влияние на терапевтический эффект

Ряд переменных был изучен с целью определения влияния на терапевтическую эффективность. Большая часть исследований не выявила значительных отличий между различными подходами экспозиционной терапии (моделирование, систематическая десенсибилизация, экспозиция в естественных условиях) (Bourque и Ladouceur, 1980; Marks и др., 1971; Öst, 1978), хотя, на основании нескольких исследований экспозиция в естественных условиях оказалась эффективней экспозиции в воображении (Crowe и др., 1972). Длительные экспозиционные терапевтические сеансы оказались эффективней (Marshall, 1985). Очевидно, что один интенсивный сеанс с экспозицией длительностью 2—3 ч производит больший эффект, чем ряд кратковременных сеансов (Arntz и Lavy, 1993; Öst, 1996). Добавление когнитивного компонента при лечении не означает повышение эффективности бихевиоральной терапии (Ledwidge, 1978), хотя доказательства противоречивы.

Другим фактором, который может повлиять на лечение, является субъективное ожидание больного собственного страха раздражителя. Исследования показывают, что люди, которые настроены на пугающие последствия определенных ситуаций (например, авария самолета), отличаются от тех, кто в большей степени озабочен своими физическими симптомами, связанными со страхом (сердцебиение, головокружение). Вторая группа напоминает пациентов с ПР. Несколько тематических исследований показали, что экспозиция внутренних стимулов (интероцептивные экспозиции), вызывающая учащенное сердцебиение, потливость и т.д., может сама по себе снижать страх фобических внешних обстоятельств (Zarate и др., 1990).

Другие виды психотерапии

Несмотря на то, что бихевиоральная терапия признана основным методом лечения специфической фобии (Judd и Burrows, 1988; Antony и Barlow, 1998), у некоторых пациентов происходит лишь определенное улучшение, но не полное выздоровление (Prochazka, 1991), и, кроме этого, 25—50 % больных отказываются от лечения уже в начале. Кроме того, пациенты с коморбидными проблемами могут извлечь выгоду из альтернативных подходов. По этим причинам необходимо рассмотреть вопрос о том, могут ли другие виды психотерапии быть эффективны при наличии специфической фобии.

Кляйн (1983) установил, что динамическая недирективная поддерживающая психотерапия является столь же эффективной, как и систематическая иерархическая десенсибилизация при специфических фобиях в условиях прохождении 26 сеансов один раз в неделю. Примерно у 80 % пациентов из каждой группы состояние улучшилось в средней или высокой степени. Улучшение оценивали как пациенты и терапевты, так и независимые эксперты. Поэтому авторы исследования пришли к выводу, что, хотя экспозиция не была изначально рекомендована, но динамическая психотерапия спровоцировала собственную экспозицию, что привело к отступлению фобических симптомов.

Экспозиция фобических ситуаций признана эффективным терапевтическим методом (Marks, 1987). Фрейд, который писал о психоаналитической терапии фобий, отметил: «... терапевт может добиться успеха, только если ему удается спровоцировать их (пациентов)... пойти и самим попробовать справиться со своей тревогой с помощью воздействия пугающих ситуаций» (Freud 1919/ 1959, стр. 400). Далее он предположил, что это побудит исследовать значение этого страха для данного человека.

Другие методы: психообразование, динамическая интерпретация (основанная на различных психологических моделях тревоги и ингибиции), поддерживающее убеждение, гипноз, расслабляющие упражнения, могут уменьшить тревогу, вызвать чувство надежды и способности, и таким образом, помочь процессу экспозиции.

В тематических исследованиях было опубликовано об успехе гипноза при лечении специфической фобии (Bird, 1997; Ginsberg, 1993). Групповые исследования были проведены с небольшим количеством пациентов, но было много пациентов, которые выбыли из исследования, что значительно снижало их прогностическую ценность (Hammarstrand и соавт., 1995). Рандомизированные контролируемые исследования, рассматривающие эффективность гипноза при специфической фобии, все еще ждут своего проведения и результатов.

Лечение боязни инъекций, крови и травм

Öst (1991) в контролируемом исследовании испытывал прикладную релаксацию по сравнению с экспозицией в естественных условиях и комбинацию обоих методов. У обеих групп, проходивших прикладную релаксацию, результаты были лучше, чем в группе, проходившей лишь экспозиционное лечение. На основании этих исследований оказалось, что метод прикладной релаксации для этой фобии имеет большее значение, чем экспозиционная терапия.

8.2.5.3. Лечение специфических фобий

Основа лечения специфических фобий — это экспозиционная терапия, предпочтительно в более широком контексте КБТ. Экспозицию возможно запланировать и в рамках краткосрочной динамической психотерапии или поддерживающей психотерапии. Как правило, лучше всего использовать медикаментозное лечение с помощью антидепрессантов лишь после прохождения психотерапии и определения ее недостаточной эффективности. Поддерживающую фармакотерапию необходимо учитывать при следующем коморбидном тревожном или депрессивном расстройстве, или при невозможности продолжать экспозиционную терапию. В качестве основного лечения из психотропных препаратов в лечении специфических фобий считаются СИОЗС (Gorman и др., 2002). Однако, они имеют лишь мягкий эффект (Benjamin и др. 2000). Могут быть введены в виде одной суточной дозы и кроме хорошей эффективности имеют мало побочных эффектов. Являются безопасными и не развивают зависимости. Вначале целесообразно вводить более низкую дозу (см. главу о Паническом расстройстве). После недели приема очень медленно можно переходить к полной дозе препарата. Терапевтический эффект можно ожидать через 4—6 недель. Если пациент будет лишь частично реагировать на основную дозировку в течение 4—6 недель, целесообразно ввести максимальную дозировку и сохранить ее в течение 2 недель. Если после 6 недель приема не произойдет никакого эффекта, необходимо произвести замену препарата. Исследования показали, что трициклические антидепрессанты либо вообще не эффективны, либо в малой степени (Zitrin и др., 1983). β-блокаторы могут уменьшить некоторые симптомы симпатикотонии во время экспозиций пугающих ситуаций, но они не в состоянии уменьшить субъективное испытание страха. И, хотя бензодиазепины уменьшают страх, но они мешают привыканию к стимулам страха и, таким образом, ухудшают проведение бихевиоральной терапии.

Таблица 8.19. Лечение специфической фобии (Antony и McCabe, 2003)

Лечение	Преимущества	Недостатки	Оценка
Экспозиция в естественных условиях	Высокоэффективная. Быстрая реакция. Результаты лечения сохраняются долговременно	Может привести к временному повышению дискомфорта или страха	++++
Прикладная напряженность	Высокоэффективна для пациентов с фобией внутривенных инъекций. Быстрая реакция Улучшение после лечения сохраняется долговременно	Лечение предполагает лишь небольшой процент пациентов, страдающих специфической фобией	+++
Прикладная релаксация	Может быть эффективна у некоторых пациентов	Не была изучена у большого количества пациентов, страдающих специфической фобией	++
Когнитивная терапия	Можно уменьшить беспокойство после проведения экспозиционных заданий	Лечение не было в достаточной степени изучено в случае специфических фобий. Самостоятельная когнитивная терапия, вероятно, не является эффективной	++

Бензодиазепины	Могут уменьшать антиципационную тревогу, прежде, чем пациент столкнется с фобической ситуацией. Могут уменьшать страх, особенно при наличии ситуационных специфических фобий	Лечение не было в достаточной степени изучено. Самостоятельное лечение бензодиазепинами, вероятно, не является эффективным. Появляются побочные эффекты (например, торможение). Снижение тревожности после приема бензодиазепинов может нарушить полученный эффект после экспозиционного лечения	++
СИОЗС	Могут уменьшать симптомы паники у пациентов с ситуационными фобиями, которые похожи на ПР (например, клаустрофобия)	Лечение не было в достаточной степени изучено в случае специфических фобий. Существует несколько исследований, в основном, клинических случаев с обнадеживающими результатами. Прекращение приема препарата может привести к повторному возникновению фобии	++

++++ основное лечение, эффективно для большинства пациентов;
+++ очень эффективное лечение в подгруппе пациентов;
++ может быть эффективным у некоторых пациентов, необходимо проводить дополнительные исследования.

8.2.5.4. Когнитивно-бихевиоральный подход при специфических фобиях

Лечение специфической фобии напрямую связано с бихевиоральным анализом. Во время осмотра врач оценивает содержание специфического страха, совместно с пациентом создает иерархию возбудителей страха по их сложности, оценивает избегающее и защитное поведение и устанавливает влияние фобии на общее функционирование на работе, в семье и в свободное время. Основой лечения является экспозиция пугающих раздражителей, которые следуют шаг за шагом в соответствии с иерархией раздражителей страха. Когнитивная реструктуризация, релаксация или прикладное напряжение относится к вспомогательным стратегиям.

1) Когнитивно-бихевиоральный осмотр при специфических фобиях

При лечении мы фокусируемся не на общих вопросах, а на конкретных проблемах. При осмотре пациента, кроме анамнеза, мы спрашиваем его:

1. О ситуациях или объектах, которые вызывают у пациента страх или которых он избегает;
2. Каким образом у него происходит реакция страха, чего он больше всего боится, какие физические реакции и эмоции проявляются, как пациент ведет себя при воздействии этой ситуации;
3. Чего пациент избегает, и как он защищается от страха, научился ли он некоторым стратегиям, чтобы помочь себе;
4. Появляется ли у него антиципационная тревога, и как она проявляется;
5. Что именно изменяет страх (лекарство, другой человек, и т.д.);
6. В чем фобия ограничивает пациента в жизни (в рабочем плане, семейной жизни, досуге), как она нарушает межличностные отношения и понижает самоуверенность;

Важно получить подробное описание катастрофических мыслей и представлений, связанных со страхом (Schneier и др., 1996). Затем необходимо определить те обстоятельства развития фобии и последствия избегающего поведения, которые могут выступать в качестве поддерживающего фактора, так же, как и вторичная выгода (Hayes, 1984).

Пример оценки пациентки, страдающей специфической фобией собак

Замужняя женщина 30 лет, мать 2,5-летнего сына. Страх начал развиваться с 3 лет, когда ее повалила такса. С тех пор началось избегающее поведение, она плакала, когда видела собаку, родители брали ее на руки. В школьном возрасте она избегала собак, но она не помнит никаких драматических переживаний. В последние три года у нее значительно ухудшилось состояние – боится выйти на улицу на прогулку с сыном, потому что там может быть собака. Она вынуждена ездить за покупками на машине, несмотря на то, что магазин находится недалеко, потому что может встретить собаку. Ухудшение произошло в третьем триместре беременности, когда она боялась, что из-за испуга у нее могут начаться преждевременные роды. В это время избегающее поведение значительно усилилось.

Топография тревоги:

При экспозиции с участием собаки в реальной или воображаемой ситуации – сильный страх с вегетативными симптомами:

- Направление внимания: автоматически и сознательно направлено на собак – пристально смотрит вокруг себя, слушает, с тревогой воспринимает даже собачьи фекалии, болезненно воспринимает собак при просмотре передач по телевизору, на фотографиях в журналах, восприятие собственных тревожных чувств, как эмоциональных, так и физических;
- Частота: если она избегает ситуации и остается дома, и случайно увидит собаку по телевизору или на картинке; когда едет на машине в магазин, появляется более сильная тревога, которая усиливается, если она выходит из автомобиля и идет к зданию. В течение многих лет напрямую не встречала собаку;
- Продолжительность: различная, как правило, до избегания потенциальной опасности, обычно несколько минут.

Антецеденты:

- Ситуация: выйти из дома, выйти из машины, находиться на улице или в другом незащищенном месте, увидеть собаку в газете или по телевизору.
- Внутренние когнитивные: тревога в ситуациях потенциальных экспозиций, представление собак в любом месте.

Когнитивные процессы:

- Визуализация: представление собаки, которая бросается на нее или на ребенка, представление ее зубов, укуса, крови.
- Мысли: «Я не смогу с этим справиться. Я умру, если собака ко мне приблизится. Я не выдержу при испытании этих чувств».
- Амплификация: всех собак она воспринимает крупнее, чем они есть на самом деле, с большими зубами.
- Тенденция к когнитивному избеганию – в тот момент, когда тревога увеличи-

вается, она старается подавить свои мысли и представления;
- Самоуничижение: не верит, что самостоятельно сможет справиться с экспозицией – «Я бы умерла». Эмоциональные реакции: во время прямой экспозиции – экстремальный страх и паника, при экспозиции в воображении – беспокойство, гнев на себя и других.

Физические реакции: Застывание тела, тремор, стеснение в горле, пульсирование в висках, стеснение желудка и тошнота.

Бихевиоральные реакции:
- Избегает любой возможности встретиться с собакой, даже по телевизору или в газетах.
- Предохраняет себя, перемещаясь на автомобиле, в сопровождении своего мужа, носит высокие кожаные сапоги и кожаные брюки, имеет при себе газовый баллончик.

Последствия:
- Внутриличностные: упрекает себя в том, насколько она неспособна, стыдится этого, ругает себя, что не ходит с ребенком в песочницу, не ездит в путешествия и т.д.
- Межличностные: периодические ссоры с мужем, которому мешает то, что они не могут гулять с ребенком на улице, поехать в путешествие, ребенок постоянно находится дома. Она тоже изолирована дома и не может пойти в гости к подругам, которые также имеют детей и находятся в декретном отпуске, если только иногда муж не оставит ей автомобиль
- В свободное время сидит дома перед телевизором или играет со своим сыном, из-за фобии вся остальная деятельность ограничена.

Модифицирующие факторы: хуже с сыном, легче с мужем.

Текущее лечение: ходила в психотерапевтическое отделение раз в неделю к психологу, эффект отсутствовал, однако, стала меньше недооценивать себя, меньше конфликтовать с мужем, потому что стала лучше понимать его. Медицинские препараты никогда не употребляла.

Недостаточно точно установить диагноз. Составление плана лечения зависит не только от диагноза, но и от определения, каким способом фобия оказывает влияние на жизнь пациента: что он из-за ее наличия должен делать, или наоборот, что делать не может, насколько фобия оказывает влияние на его семейную жизнь, работу и досуг, в какой степени пациент способен добиться изменения ситуации.

Специфические фобии часто бывают в коморбидности с другими расстройствами или депрессией. Поэтому каждого пациента, страдающего психическим расстройством, важно спрашивать, испытывает ли он страх, тревогу или очень неприятные ощущения в некоторых типичных ситуаций, при контакте с определенным объектом, либо избегает ли он некоторых систематических ситуаций. Так как многие люди уже организовали свою жизнь таким образом, что научились жить со своей фобией, они не сообщают о ней спонтанным образом. Если врач обнаружил, что такие ситуации происходят из-за переживаний или поведения пациента, то следующим шагом является детальное установление того, о ка-

кой ситуации конкретно идет речь — что пациент испытывает при воздействии ситуации и как он ведет себя, насколько он избегает ее или как от нее защищается, что изменяет его страх или дискомфорт.

2) Оценка и измерение специфических фобий

Бихевиоральный анализ может быть дополнен короткими самооценивающими анкетами, которые определяют тяжесть симптомов. Помочь в скрининге может Анкета страха (Marks и Mathews, 1979), которая охватывает различные фобические ситуации. SCL-90 имеет подшкалу общих фобий, которая не позволяет определить специфическое содержание фобии. Подобным образом Шкала тревожности Шихана ориентирована на общий уровень тревожности и имеет пункты, связанные с физическими симптомами избегающим поведением, а не фобии как таковой. Общий уровень тревоги может определить и Шкала тревоги Бека.

3) Задачи и цели, план лечения специфических фобий

Цель лечения — снижение избегающего поведения настолько, чтобы фобия пациента перестала ограничивать его жизнь. Другой важной целью является поддержание достигнутого улучшения и предотвращение рецидива расстройства при долгосрочном лечении пациента. Если избегающее поведение привело к проблемам в партнерской и семейной жизни или трудовой деятельности, при терапии необходимо акцентировать свое внимание на этих областях. После бихевиорального, когнитивного и функционального анализа следующим шагом является определение проблем. Они могут касаться фобии как таковой, а также могут быть связаны с жизненными проблемами:

Из-за боязни собак я не могу пойти в парк, в лес, я не могу отдохнуть на природе с моим мужем. Когда я иду на работу и вижу собаку, то вынуждена перейти на другую улицу или вернуться домой;

Боюсь попросить мужа тратить меньше денег на свои спортивные принадлежности, чтобы я не лишилась его поддержки (заверения, снисходительности к ограничениям из-за фобии).

После определения проблем необходимо совместно с пациентом установить цели, которые он хотел бы достичь. Каждая цель должна быть очень точно определена таким образом, чтобы было понятно, достиг ли пациент своей цели. План: «Чтобы я был в состоянии сам водить машину» является слишком общим; «Чтобы я был в состоянии самостоятельно доехать на машине в город в будний день» является более конкретным. Глядя на вышеуказанные проблемы, цели могли бы выглядеть следующим образом:

Я хочу научиться контролировать свою боязнь собак настолько, чтобы я могла ходить в парк, лес и выезжать на природу с мужем. Я хочу быть в состоянии пройти мимо собаки на улице.

Я хочу научиться уверенно просить мужа тратить меньше денег на свои спортивные принадлежности, и определить максимальную сумму возможных трат.

Основное обследование пациента включает в себя иерархию страхов и избегающего поведения. Терапевт с пациентом создает шкалу, по которой пациент отдельно оценивает страх и степень избегающего поведения (обычно в % или на шкале 0—10). Важно обсудить факторы, которые модифицируют страх, например, близость присутствия другого человека, интенсивность света, напряжение мышц, отвлечение внимания и другие защитные маневры. Необходимо совместно запланировать серию небольших конкретных шагов с возрастающей сложностью, которые будут завершены достижением поставленной цели. Первую задачу в этой иерархии пациент должен быть в состоянии выполнить, поэтому уместно спросить: «Уверены ли вы, что если приложите немного усилий, вы сможете справиться с этой задачей»? Особенно вначале важно не рисковать — смысл постепенной экспозиции заключается в достижении серии успехов, поэтому она должна быть спланирована таким образом, чтобы пациент действительно смог достичь этих успехов. Каждая задача должна быть четко описана (кто, где, что и когда), чтобы пациент точно знал, что делать, и сможет ли он справиться со своей задачей. Неопределенность увеличивает чувство беспокойства, и если не совсем ясно, была ли выполнена задача, пациент часто имеет тенденцию оценивать это как неудачу.

4) Терапевтические вмешательства при специфических фобиях

Систематическая десенсибилизация и воздействие в естественных условиях — наиболее эффективные методы лечения специфических фобий. Исследования показали, что трициклические антидепрессанты вообще не эффективны, либо эффективны только некоторые из них (Zitrin и др., 1983). Основным лечением для специфической фобии является экспозиция в естественных условиях (Lindsay, 1994; Možný a Praško, 1999). В некоторых, особенно тяжелых и хронических случаях, первым шагом может стать экспозиция в воображении, либо, в случае сильно тревожных пациентов, систематическая десенсибилизация.

Типичные шаги определения специфической фобии при КБТ

1.	Выслушивание пациента, эмпатия;
2.	Информация о том, что такое специфическая фобия;
3.	Воодушевление и укрепление надежды на излечение у пациента, объяснение вариантов лечения;
4.	Образование об избегающем поведении и экспозициях;
5.	Дифференцированная экспозиция/ погружение/ экспозиция в воображении;
6.	Когнитивная реструктуризация;
7.	Релаксация;
8.	Поддержка адаптивных способов решения жизненных проблем.

Выслушивание пациента, эмпатия

Выслушивание без пренебрежения и понимание ситуации пациента и его ограничений — основа лечения. Пациент часто стыдится своей фобии, так как считает, что это говорит о его слабости или чрезмерной чувствительности. Иногда ему кажется, что он никогда не сможет преодолеть свой страх, если не смог его преодолеть столько лет. Мы спрашиваем пациента, желает ли он попробовать преодолеть свой страх, и пытаемся его убедить в том, что улучшение возможно.

Информация о том, что такое специфическая фобия

Во время образовательной фазы лечения пациент должен ознакомиться с тем, что такое специфическая фобия, каким образом она работает и как ее можно лечить. Хорошим дополнением к образованию является пособие, которое пациент сможет прочитать дома. В разговоре мы информируем пациента о следующем:

1. эти страхи изначально имели адаптивную функцию и служили для выживания, поэтому они являются частыми, и, в принципе, это «правильная реакция в неправильном месте»;
2. подобными проблемами в течение своей жизни страдают 16 % женщин и 11 % мужчин. Такие проблемы называются специфическими фобиями;
3. чаще всего специфическая фобия первый раз возникает в детстве, иногда она связана с травматическим опытом (например, укус собаки, падение с высоты), иногда ей можно научиться путем восприятия страха от кого-либо из взрослых, однако, часто причина не может быть однозначно определена;
4. для поддержания фобии служит избегающее поведение, которое, в конечном итоге, может привести к существенному ограничению жизни тем, что происходит обобщение и перенос на другие ситуации;
5. избегание или уклонение поддерживается, так как это действует таким же образом, как алкоголь — немедленным облегчением тревоги;
6. избегание или уклонение приводит к подтверждению убеждения, что человек не в состоянии справиться с ситуацией — он постепенно становится по отношению к ситуации еще больше чувствительным (в отличие от большей устойчивости по отношению к ситуации);
7. лечение приводит к большей устойчивости по отношению к ситуации благодаря тому, что человек постепенно и неоднократно воздействует на нее;

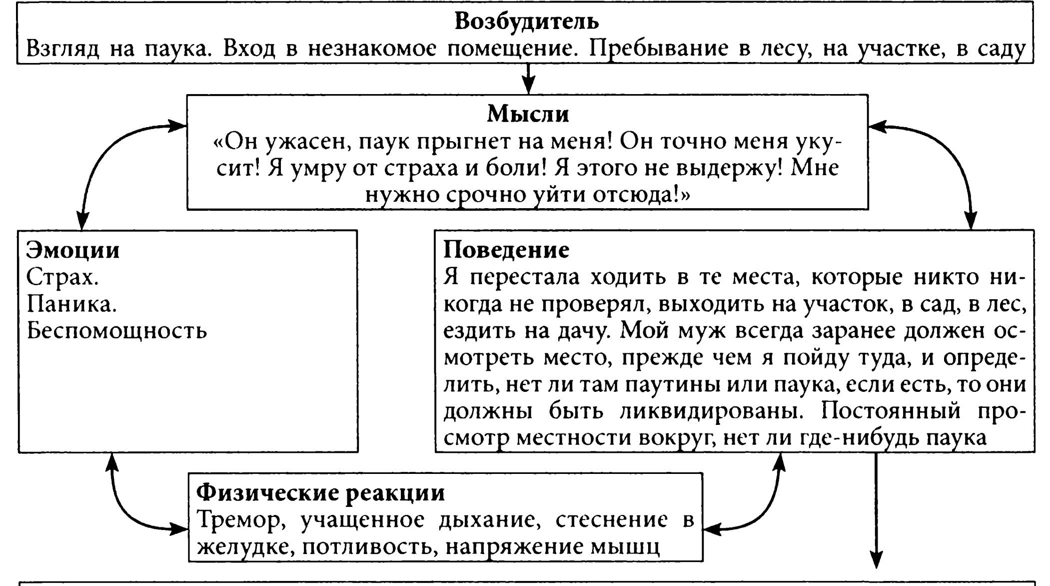


Рис. 8.28. Порочный круг функционирования симптомов арахнофобии

Терапевт совместно с пациентом определяет порочный круг симптомов, после этого можно будет на этом примере объяснить взаимодействие отдельных симптомов.

Иногда необходимо подробно объяснить, почему возникает тот или иной симптом. Например, при боязни сбора крови, терапевт может сказать:

«*Причина, по которой вы падаете в обморок после того, как увидите шприц, состоит в том, что ваше кровяное давление падает. Это изначально очень адаптивная реакция, когда у людей после получения травмы падало давление, то они были менее подвержены риску истечь кровью. Тем не менее, такая реакция мешает вам в проведении необходимого медицинского обследования или другого медицинского вмешательства, поэтому вам очень важно научиться справляться с этой ситуацией. В целях повышения давления вам необходимо повторно сокращать и расслаблять мышцы, предпочтительно 50 раз в быстром темпе. Когда с помощью этих действий вы поднимете давление, то перестанете падать в обморок*».

Стимулирование и поддержание надежды на излечение, объяснение вариантов лечения

Пациенту необходимо объяснить, что фобию возможно вылечить. Для этого следует создать список страхов от самых легких до самых тяжелых, а затем, постепенно, шаг за шагом, воздействовать на пугающие ситуации.

Образование об избегающем поведении и экспозиционной терапии

При экспозиционной терапии речь идет о воздействии раздражителя страха без применения релаксации. Принцип заключается в том, что предотвращение побега или избегание ситуации приводит к осознанию, что реакция страха является управляемой. В некоторых случаях необходимо выдержать достаточно времени для того, чтобы тревога могла значительно уменьшиться — ниже 50 % от максимума. После многократных экспозиций можно рассчитывать на то, что тревога значительно уменьшится.

Экспозиционная терапия

Принцип состоит в том, что предотвращение побега или избегание ситуации приводит к осознанию, что реакция страха управляема. После ряда экспозиций стимул перестает вызывать страх (Butler, 1989). Экспозиция может быть выполнена непосредственным способом (в естественных условиях) или в воображении, а также может быть интенсивной (погружение) или прогрессивной (дифференцированной). Хотя для большинства пациентов метод «погружения» в течение короткого времени является высокоэффективным, но мера тревоги, которую пациент при этом методе испытывает, настолько высока, что она подходит только для сильно мотивированных пациентов. При этом методе существует риск того, что пациент убежит от этой ситуации еще до снижения тревоги, и впоследствии его тревога, связанная с фобической ситуацией, повысится еще больше. Более распространенным методом является постепенная экспозиция в естественных условиях.

Дифференцированная экспозиция

После образования о специфической фобии и функции избегающего поведения мы предлагаем пациенту пройти экспозиционную терапию. При экспозиционной терапии происходит воздействие на раздражитель страха без релаксации.

В первую очередь мы объясняем пациенту принцип экспозиционной терапии. Пациент должен понимать смысл экспозиционной терапии настолько, чтобы он был заинтересован в ее проведении. Целесообразно нарисовать габитационную кривую и предупредить его, что экспозиция будет проведена надлежащим образом только тогда, когда тревога в данной ситуации уменьшится не менее чем на 50 %. Затем терапевт совместно с пациентом создает иерархию ситуаций, на которые тот будет постепенно воздействовать, начиная с самых легких и дойдя до самых тяжелых. Затем мы продолжаем выполнять отдельные экспозиции. На каждом шаге мы находимся до тех пор, пока тревога при экспозиции не уменьшится хотя бы на 50 % от максимума. Потом мы переходим к следующему, более сложному этапу. Часть экспозиций терапевт проводит совместно с пациентом, а также терапевт является моделью по управлению ситуацией (например, прикосновение к пауку, поглаживание собаки и т.д.). Для выполнения соответствующих шагов, после определенных образовательных моментов, могут быть привлечены ко-терапевты и члены семьи больного, а при групповом управлении — другие пациенты. В некоторых случаях, в рамках сеанса, можно проводить экспозицию в естественных условиях, как непосредственно в терапевтическом кабинете, так и в естественной среде, например, в парке с пациенткой, которая боится собак (Možný и Praško, 1999). Важно, чтобы фобическая ситуация воздействовала на пациента до тех пор, пока его тревога спонтанно не начнет снижаться. В этом случае необходимо предотвратить использование пациентом защитного поведения — явного (пациент не смотрит на предмет фобии), или скрытого (пациент начинает представлять себе, что он находится в другом месте). Затем в качестве домашнего задания пациент выполняет экспозицию регулярно, не менее одного раза в день. Всякий раз, когда он уже в состоянии освоить более легкий пункт в иерархии, пациент должен подвергнуться другой, субъективно более пугающей ситуации. Во время практических занятий, перед выполнением каждого шага, пациент должен заранее записать, насколько сильную тревогу он ожидает (в процентах от максимальной мыслимой тревоги), а после экспозиции ему необходимо записать, какую степень страха он испытал. Целесообразно нарисовать кривую тревоги с течением времени. Прогресс может быть достигнут быстрее, если промежуток между экспозициями будет короче. Терапевт должен подготовить пациента к возможным неудачам ввиду их очевидности и естественности в рамках обучения. Терапевт также должен регулярно обсуждать с пациентом достигнутый прогресс и всегда давать ему возможность высказаться в процессе обучения. За достигнутый успех пациента всегда необходимо похвалить.

В практическом проведении постепенного воздействия необходимо придерживаться 2 принципов. Во-первых, следует начинать с простых задач, и, во-вторых, важно, чтобы пациент сам постепенно брал на себя ответственность за достижение прогресса в решении своих проблем. При осуществлении постепенного воздействия можно выделить основные этапы: 1) определение цели, 2) определение последовательных задач и 3) практическое обучение решению отдельных задач. План постепенной экспозиции в воображении (в соотв. с Kenderley, 1998)

Цель: «Представить себе, что держу в руке кувшин, в котором оса, которая выберется и будет ползать по моей руке».
Шаг 1: Представить себе, что в соседней комнате находится оса, и с применением релаксации и слова «спокойствие» успокоиться настолько, пока степень моей тревоги не достигнет уровня 1.
Шаг 2: Представить себе кувшин с осой на расстоянии 4-х метров.
Шаг 3: То же самое — на расстоянии 3-х метров.
Шаг 4: То же самое — на расстоянии 1-го метра.
Шаг 5: То же самое — на расстоянии в полметра.
Шаг 6: То же самое — кувшин находится рядом со мной.
Шаг 7: Представить себе, что держу в руке кувшин, в котором мертвая оса.
Шаг 8: То же самое — но в кувшине находится живая оса.
Шаг 9: То же самое — но представить себе, что оса выберется из кувшина и будет ползать по моей руке в перчатке.
Шаг 10: То же самое — но оса будет ползать по голой руке.

Программа постепенного воздействия в естественных условиях (в соотв. с Kenderley, 1998)

Цель: «Сделать покупки в соседнем магазине в жаркий летний день».
Шаг 1: В кувшине рядом со мной находится мертвая оса.
Шаг 2: Я буду держать в руке кувшин с мертвой осой.
Шаг 3: Кувшин с живой осой будет стоять рядом со мной.
Шаг 4: Я буду держать в руке кувшин с живой осой.
Шаг 5: Открою окна на кухне и в комнате на 30 минут.
Шаг 6: У меня будут открыты окна с полудня до 17:00.
Шаг 7: Буду полчаса сидеть в саду.
Шаг 8: Буду сидеть в саду с полудня до 17:00.
Шаг 9: Пойду в магазин за покупками в тот день, когда на улице пасмурно.
Шаг 10: Пойду в магазин за покупками в солнечный день.

Чтобы появилась смелость подвергнуться пугающему стимулу, важно, чтобы пациент в качестве домашнего задания экспонировал в самых различных условиях.

Будет целесообразно, если пациент будет вести письменную запись о выполнении отдельных задач, чтобы они с терапевтом смогли проконтролировать достигнутый пациентом прогресс. Запись может содержать только задание, которые он выполнил, и уровень тревожности, которую он при этом чувствовал.

Элиминация (ограничение, исключение) защитного поведения

Некоторые больные, страдающие специфической фобией, используют во время экспозиций защитное поведение (скрытое избегающее поведение). Поскольку защитное поведение значительно снижает эффективность экспозиции (мешает привыканию), его необходимо постепенно устранить. Примеры защитного поведения: крепко держаться за мебель, носить с собой фонарь, мобильный телефон, напрягать мышцы, задерживать дыхание, наблюдать за происходящим вокруг, не присутствуют ли угрожающие стимулы, присутствие других людей, отвлекать внимание с помощью чтения, получать заверения от других людей, индуцировать представления, которые отвлекают внимание, употреблять алкоголь или принимать транквилизаторы для уменьшения страха и т.д.

Для начала мы должны установить защитное поведение. Пациент может его скрывать, может не осознавать или считать безвредным. Лучше всего напрямую спросить пациента о защитном поведении, например: «Когда Вы входите в само-

лет, что Вы делаете? Используете ли Вы какие-либо маневры, чтобы успокоиться? Вы заранее употребляете алкоголь? Или принимаете какие-либо медицинские препараты? Читаете ли Вы газету во время взлета? Что с Вами произойдет, если вы не будете читать? Должны ли Вы для отвлечения внимания говорить с попутчиками? Используете ли Вы некоторые успокаивающие представления, молитвы?

Для того чтобы могла произойти полная экспозиция, следует попросить пациента, чтобы он не использовал защитное поведение. Тем не менее, можно применить экспозицию с определенной защитой в качестве промежуточного шага в иерархии страхов.

Погружение

Другой вариант экспозиционного лечения — погружение, метод, который требует контакта с тяжелым стимулом на протяжении того времени, пока страх не исчезнет. Погружение очень эффективно, однако, многие пациенты не готовы его попробовать. Пациент сталкивается с самой трудной ситуацией, чтобы спровоцировать максимальный страх, в котором пациент пребывает, до тех пор, пока страх не уменьшится. Погружение приводит к быстрому устранению фобии. Дифференцированная экспозиция, в отличие от погружения, деликатна, и ее способен пройти каждый. Лечение, однако, занимает непропорционально больше времени.

Экспозиция в воображении

Экспозиция в воображении используется, как подготовка к экспозиции в естественных условиях у сильно тревожных пациентов, либо в качестве самостоятельного метода лечения при наличии фобий, когда нет возможности систематически практиковать экспозицию в естественных условиях (фобия грома, полета и т.д.). Совместно с пациентом терапевт должен составить иерархию пугающих ситуаций от самой простой до самой трудной. Пациент представляет себе лишь отдельные ситуации, и свое представление описывает вслух, включая степень испытываемой тревоги (Možný и Praško, 1999). Терапевт может помочь пациенту соответствующими суггестиями. В качестве домашнего задания пациент самостоятельно выполняет экспозицию в воображении в домашних условиях.

Подражание

Терапевт помогает пациенту, демонстрируя поведение, которого пациент опасается. Терапевт самостоятельно воздействует на раздражитель, а затем призывает пациента повторить его поведение (Bandura, 1971). Например, терапевт самостоятельно берет паука в руки, гладит собаку и т.д.

Систематическая десенсибилизация

Перед началом систематической десенсибилизации пациент постепенно учится релаксационному методу. Когда ему удается расслабиться в достаточной степени, терапевт просит его представить себе пугающую ситуацию в деталях. В воображении пациент действует постепенно в соответствии с заранее разработанной иерархией, от легкого стимула к более тяжелому (Kenderley, 1998). Каждый шаг в иерархии повторяется до тех пор, пока не появится реакция страха. После исчезновения реакции страха при наличии данного стимула, можно продолжить следующий, более сложный этап. Эта более легкая версия дифференцированной экспозиции используется в основном у детей.

Лечение фобии инъекций, крови и травмы

Особым случаем специфичной фобии является боязнь крови, при которой происходит понижение артериального давления и ортостатический коллапс. Как и в случае других фобий, основной метод лечения — экспозиция в естественных условиях (Curtis a Thyer, 1983). Перед началом программы экспозиционной терапии пациент тренирует поддержание нормального артериального давления посредством целенаправленного мышечного напряжения. Тем не менее, когнитивный компонент при этой фобии может ускорить лечение и повысить результаты (Wardle a Jarvis, 1981). Лечение этой фобии может быть осложнено обмороками. Первоначальные экспозиции целесообразно проводить в положении сидя или лежа. (Hellström и соавт., 1996). Против обмороков были разработаны следующие стратегии (Page, 1994):

1. Прикладное напряжение, которое учит пациента неоднократно напрягать различные группы мышц во время воздействия, что приводит к повышению давления;
2. Вторая стратегия состоит в вызове гнева во время экспозиции, а также эмоций, которые не совместимы с обмороком (Cohn и др., 1976). Во время воздействия пациент должен вспомнить 4 личные ситуации, которое в нем вызывают сильное недовольство.

Когнитивная интервенция

При специфических фобиях когнитивная интервенция рассматривается скорее в качестве поддерживающей стратегии. Она включает в себя когнитивную реструктуризацию, бихевиоральные эксперименты и коррекцию малоадаптивных убеждений (см. общую часть учебника). Терапевт и пациент исследуют доказательства за и против АНМ, а затем проверяют их в экспериментах.

Релаксация

Релаксация может помочь тем пациентам, которые во время воздействия испытывают крайнее беспокойство и могут убежать от ситуации. Несмотря на то, что прогрессивная релаксация выступает в качестве вида защитного поведения, она может помочь пациенту преодолеть один шаг в иерархии пугающих ситуаций. В качестве следующего шага всегда необходимо проводить экспозицию ситуации без релаксации.

Поддержание адаптивных способов решения жизненных проблем

Если мы идентифицируем у пациента, страдающего специфической фобией, жизненные проблемы, важно, после уменьшения симптомов фобии, как можно скорее начать действия по их решению. Специфическая фобия может привести к семейным и рабочим проблемам, а также привести к ограничению образа жизни. Решение проблем осуществляется с помощью подхода, изложенного в общей части данной публикации.

Прекращение лечения

Лечение специфической фобии может быть прекращено в тот момент, когда пациент не испытывает никакого, либо только минимального беспокойства при воздействии фобической ситуации и перестает избегать таких ситуаций. В конце лечения целесообразно резюмировать то, чему пациент научился при терапии, и каким способом он смог бы справиться с возможным возвращением симптомов фобии.

5) Проблемы в лечении специфических фобий

Хотя лечение специфических фобий довольно просто и понятно, иногда могут возникнуть проблемы, в частности, с экспозиционной терапией.

Для некоторых пациентов бывает проблемой создать иерархию страхов. Они осознают только экстремальную ситуацию, но в то же время не имеют ни малейшего представления о промежуточных стадиях. Терапевт в этом случае может помочь им посредством вопросов или путем воспроизведения ситуации в воображении.

У пациентов часто возникают опасения, что экспозиция ухудшит ситуацию, а страх станет еще больше. Пациенты в этом случае часто ссылаются на свой опыт — они неоднократно пытались воздействовать на пугающий стимул, а в результате у них возникал еще больший страх. Они могут быть правы — если человек во время экспозиции выходит из ситуации в тот момент, когда он испытывает самый большой страх, происходит сенсибилизация. В следующий раз страх становится еще больше. Для привыкания необходимо, чтобы воздействие длилось до тех пор, пока страх не снизится.

Другое общее опасение — увеличение страха во время экспозиции настолько, что пациент сойдет с ума от ужаса. Еще одно опасение состоит в том, что во время тревоги у него может случиться сердечный приступ или инсульт. Эти опасения основаны на том представлении, что страх и тревога, по-прежнему, растут в прямой пропорции с продолжительностью воздействия. Объяснение габитуационной кривой может помочь преодолеть эти опасения. Еще эффективнее будет выполнение первой экспозиции в качестве бихевиорального эксперимента, который покажет, что тревога, с течением времени, уменьшается.

У некоторых пациентов возникнет проблема с выполнением домашних заданий. С терапевтом, родственниками или другими пациентами больные способны пройти экспозицию, но пройти ее в одиночку у них не хватает смелости. Если они открыто признают этот факт, решение будет простым — попробовать для начала экспонировать более простую ситуацию. Иногда больные имеют тенденцию рационализировать свое избегание, оправдываться, утверждать, что это лечение не для них. В этом случае необходимо провести новый образовательный этап и рассказать о фобии, о вариантах лечения, и обсудить мотивацию пациента к следующим шагам.

Недоверчивые люди склонны бояться, что терапевт их неожиданно удивит — приведет к крайне сложной экспозиции в тот момент, когда они меньше всего будут этого ожидать. Подчеркивание взаимного сотрудничества и надлежащее планирование каждой экспозиции создаст доверие, достаточное для исчезновения этих опасений.

Другие проблемы возникают с чрезмерно самокритичными пациентами. В основном, они рассматривают свою фобию как признак личной слабости и поэтому недооценивают себя и стыдятся других людей. При успехе отдельных экспозиций такие пациенты имеют тенденцию недооценивать свой собственный успех («Для большинства людей это очевидно!»), что притупляет мотивацию. Эти пациенты нуждаются с самого начала в большей поддержке, и очень часто требуется проведение когнитивной работы для повышения их собственной самооценки и самопринятия.

Некоторые терапевты сами опасаются применять при лечении экспозицию, потому что боятся, что пациент будет испытывать чрезмерный страх, а затем будет сердиться на него и уйдет к другому терапевту, оклевещет. У некоторых терапевтов складывается впечатление, что эти методы будут «садистскими» — они нерешительно и осторожно убеждают пациентов. Свою нерешительность и неопределенность они рационализируют свободой пациентов и недирективным подходом. В основном, терапевты переносят на пациента часть своего беспокойства, который, впоследствии, отказывается от экспозиции. В этом случае подходит супервизия. Многолетний опыт показывает, что успешными бывают активные и директивные терапевты, которые напрямую поддерживают пациентов при экспозиционной терапии.

8.2.5.5. КБТ и психофармакотерапия специфических фобий

Существует всего несколько исследований, которые были сосредоточены на том, может ли медикаментозное лечение повысить эффективность экспозиционной терапии. β-блокаторы у пациентов, страдающих специфическими фобиями, уменьшают реакцию симпатики при ожидании и во время экспозиции, но оказалось, что они не уменьшают субъективный страх и не помогают ускорить лечение (Bernadt и др., 1980; Campos и др., 1984; обзор Antony и Barlow, 2002). Их роль в большей степени является вспомогательной. Было проведено большое контролируемое исследование, сравнивающее комбинацию бихевиоральной терапии с имипрамином, бихевиоральную терапию с плацебо и поддерживающую динамическую психотерапию с имипрамином (Zitrin и др., 1983). Авторы установили, что имипрамин в течение 26 недель в незначительной степени повышает эффективность любой из этих психотерапий. Несколько исследований показали, что диазепам облегчает воздействие фобических ситуаций и может поддерживать терапевтическую эффективность воздействия (Whitehead и др. 1978). В целом, бензодиазепины не представляют собой существенное преимущество по сравнению с самостоятельной экспозиционной терапией (Bernadt и др., 1980; Hafner и Marks, 1976).

8.2.5.6. Пример специфической фобии

Алена, 30 лет, мать 2,5-летнего сына. Она счастлива в браке, муж работает клерком в банке. Алена с детства страдает фобией собак, в течение последних 3 лет эта фобия значительно ухудшилась — она не в состоянии в одиночку ходить по улице, отправиться в поездку. Способна перемещаться только на автомобиле, но даже в то время, когда она выходит из дома и идет к машине или выходит из нее и идет в какое-то здание, то сильно боится, что может появиться собака. Кроме того, Алена чувствует себя очень неприятно даже дома, когда слышит собачий лай на улице, видит собаку по телевизору или изображение собаки в газете или журнале. Таким образом, она старается свести к минимуму возможность встречи с собакой, но это значительно ограничивает ее жизнь: не может с сыном ходить в песочницу, участвовать в различных поездках, отказывается ездить на отдых с мужем. Иногда, дома возникают конфликты, потому что мужу все это мешает. Сейчас Алена находится в той ситуации, когда она хочет что-то сделать со своей фобией, во-первых — из-за споров с мужем и, во-вторых, — из-за чувства вины, что

ограничивает жизнь и детские радости сына. Также Алена начала думать об устройстве на работу, но не может себе представить, что должна будет идти из дома до автобуса, потому что между домом и остановкой находится парк, куда люди приходят выгуливать своих собак.

При осмотре было установлено, что Алена страдает фобией собак с детства. Сама она не помнит начало этой фобии, но знает от своей матери, что в неполные 3 года ее сбила с ног такса. С тех пор она страшно боялась контакта с собаками, и когда видела их, то начинала кричать и просилась к родителям на руки. Поэтому родители пытались как можно больше отгородить ее от встречи с собаками. Во время учебы в школе она боялась собак и избегала их. На определенном расстоянии от них она не испытывала большого страха. Однако, она никогда в своей жизни не гладила собаку и не находилась в досягаемости ее «зубов».

Резкое ухудшение фобии произошло в третьем триместре беременности. Она была обеспокоена тем, что если собака приблизится к ней, она может испугаться настолько, что у нее начнутся преждевременные роды. Постепенно она старалась, по возможности, обходить собак на улице, купила газовый баллончик чтобы, в случае опасности могла использовать его против собаки. После родов Алена полностью перестала ходить в те места, где находились или могли находиться собаки.

Страх Алены поддерживается ее ярким воображением. Она представляет, как собака бросается на нее, какие у нее страшные зубы, как она кусает ее, как течет кровь, как она падает и теряет сознание. После того, как сын Алены начал ходить, у нее появились представления, что собака бросается на сына и кусает его. Поэтому она не была способна в одиночку или вместе с сыном выходить на улицу или пойти в песочницу.

В настоящее время у Алены возникает беспокойство только в то время, когда она должна выйти из машины и дойти до дома, или, когда она идет от машины в магазин и обратно. Она в напряжении, потому что боится, что собака может прибежать внезапно, и она может не увидеть ее из машины. Прежде чем выйти из машины, она внимательно осматривает всю местность, а когда она с мужем, то просит его выйти первым и также осмотреть местность.

Алена не хочет вообще думать о собаках. Свои яркие представления она пытается прервать, отвлечь внимание от них, но у нее это не получается. Эти представления появляются перед ситуациями потенциальной опасности и беспокоят ее. В угрожающей ситуации (нахождение в местности, где может появиться собака) она чувствует напряжение, тревогу и тщательно следит за окружающей обстановкой.

Алена с детства была очень тревожной и беспокойной. Кроме фобии собак у нее были трудности с адаптацией к коллективу в яслях, где она проплакала якобы несколько недель, пока не привыкла. Трудности она испытывала и в детском саду, где она боялась мальчиков. Дома мать сильно наказывала ее, когда у нее в комнате был беспорядок. Она не помнит ни одной похвалы матери. Мать относилась к ней строго: у Алены не осталось в памяти ни одного воспоминания, чтобы мать обняла ее или ее сестру. Отец оставил семью,

когда Алене было 4 года. С ним она чувствовала себя хорошо, но после того, как он нашел другую женщину, его поведение по отношению к ней изменилось. Его новой жене не нравилась ни Алена, ни ее сестра. За Аленой и ее сестрой часто присматривала бабушка, которая, вела себя так же, как и их мать. Алена, как и ее мать, не была способна выражать свои чувства по отношению к тем, кого любила. Для нее было трудно обниматься с сыном, и даже прикосновения мужа казались ей неестественными. С сыном она, однако, пыталась обниматься, потому что помнила, насколько ей этого не хватало в детстве. Алене не нравилось, что муж часто хочет обнять ее. В общественном месте она не терпела его прикосновений. Муж часто обвинял ее, что у нее нет нежности. Алену очень огорчала эта ситуация, потому что она любила его.

Любое пребывание на улице или другом незащищенном месте, где существовала потенциальная угроза встретиться с собакой, стало типичной ситуацией, при которой появлялись симптомы тревоги Ее пугало само представление собаки, а также, когда она видела собаку по телевизору или на фотографии, и в меньшей степени, когда она читала слово «собака». Беспокойство и стресс в такой ситуации ощущались у Алены на протяжении всего времени — как правило, она находилась в этой ситуации не дольше нескольких минут. Алена была убеждена в том, что не сможет справиться с ситуацией, в которой бы встретила собаку. И если какая-либо собака подойдет к ней, то она потеряет сознание от испытываемого ужаса. Ее чувства в этой ситуации были бы невыносимыми, она начала бы паниковать, и собака точно укусила бы ее. Алена активно пытается ничего себе не представлять и даже не думать о собаках, она старается отвлечь от этого свое внимание, и, тем не менее, ее мысли и представления возвращаются обратно.

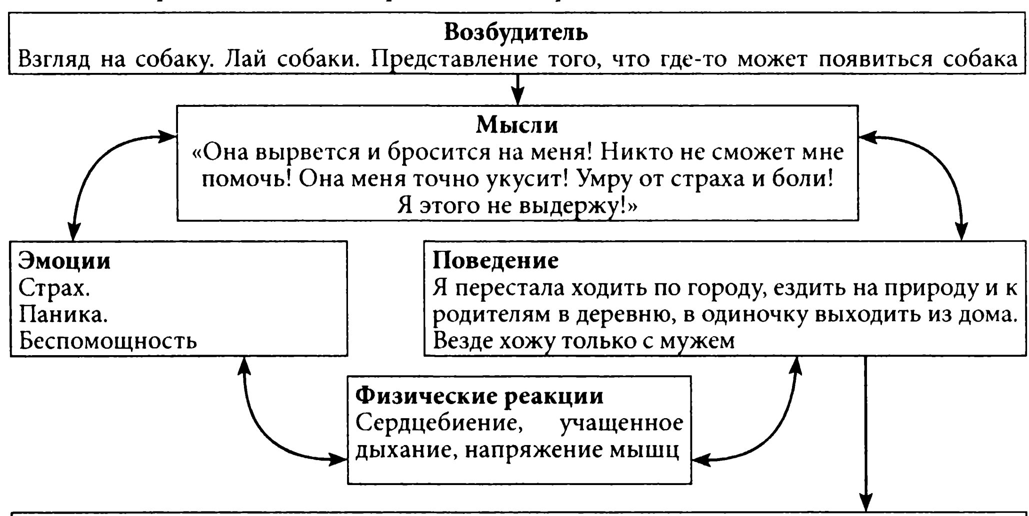


Рис. 8.29. Порочный круг специфической фобии

В конце первого разговора психотерапевт попытался объяснить Алене, каким способом могла возникнуть ее фобия и что ее может поддерживать. Он подчеркнул, что необходимо продолжать следить за ее проявлениями, чтобы понимание заболевания могло стать более точным.

Факторы, повышающие чувствительность к стрессу: Алена была очень беспокойным ребенком, что, вероятно, было связано с отсутствием чувства безопасности в присутствии своей матери — ее критиковали, мать ее не обнимала и вела себя холодно, затем ее отдали в ясли, где она очень плохо себя чувствовала, также боялась мальчиков. По причине того, что ее в детстве сбила с ног такса, а также своей неуверенности, она нашла внешнюю угрозу — собак. Когда Алена плакала, мать иногда брала ее на руки и, таким образом, давала ей защиту. Избегание было вознаграждено, но ее уверенность в том, что она сможет справиться при встрече с собакой, постепенно снижалась. Это усиливало боязнь собак, которые не были на самом деле опасны. Другие дети, которые осмеливались играть с собаками, гладить и не избегать их, научились вести себя с ними уверенно и не бояться. Они научились отличать «опасных» и «безопасных» собак. Для Алены, из-за ее избегающего поведения, все собаки так и остались опасными.

Провоцирующие факторы: На третьем триместре беременности, когда Алена находилась дома, увеличился ее страх того, что у нее могут начаться преждевременные роды — ее поддерживали врачи, которые предписали ей избегать стресса. В то время они с мужем перестали заниматься любовью, он начал упрекать ее в том, что она недостаточно нежная (к критике Алена с детства была сверхчувствительной по причине чрезмерной критики со стороны матери). Кроме того, Алена беспокоилась о том, как пройдут роды, не будет ли это очень больно, не будет ли она паниковать, и не опозорится ли она перед медицинским персоналом (как будто она ожидала подобной критики, как со стороны матери). Эти стрессовые ситуации привели к повышенной тревожности, которые укрепили первоначальную незначительную боязнь собак.

Поддерживающие факторы: Боязнь собак, вероятно, поддерживалась большим количеством факторов. Во-первых, это катастрофические яркие образы, которые присутствуют у Алены, а затем мысль о том, что она не сможет справиться с пугающей ситуацией. Самой главной причиной являются ее попытки избежать собак, так как избегающее поведение препятствует тому, чтобы научиться владеть собой в присутствии собаки.

Следующий этап лечения состоял из трех этапов. На первом этапе Алена училась контролировать свои физические симптомы, используя спокойное дыхание и расслабление. На втором этапе они совместно с терапевтом начали с постепенной экспозиции по отношению к собакам. На третьем этапе лечения речь уже не шла о лечении фобии, но о помощи в семейной ситуации. Для терапии потребовалось в общей сложности 8 сеансов для лечения фобии и последующих 4 сеанса, направленных на улучшение коммуникации в семейных отношениях.

Психотерапевт запланировал с Аленой программу систематической десенсибилизации. Вначале она научилась релаксировать короткий промежуток

времени, а затем, постепенно начала представлять собак, которые находились все ближе и ближе от нее, затем, как она их гладит, чешет и кладет им еду прямо в пасть.

В начале лечения Алена не имела ни малейшего понятия, как она будет создавать свой список экспозиций, особенно она боялась экспозиций в естественных условиях, она была убеждена, что ни за что не справится даже с самым легким начальным шагом. Они начали практиковать прогрессивную релаксацию Оста, в которой Алена научилась релаксировать после слова «спокойствие». Затем, она практиковала дома 2 раза в день, причем степень релаксации она оценивала на простой аналоговой шкале в процентах до и после тренировки.

Следующим шагом стал перенос воображения собаки таким способом, чтобы было возможно продолжить экспозицию в естественных условиях, непосредственно с живыми собаками. Для экспозиции в воображении Алена с психотерапевтом составили следующие шаги:

Цель: «ПРОЙТИ С СЫНОМ ЧЕРЕЗ ПАРК, В КОТОРОМ ЛЮДИ ВЫГУЛИВАЮТ СОБАК».

Шаг 1: Пойти с сыном в песочницу, играть с ним и подвергнуться риску, что к нам может подойти собака;

Шаг 2: Пойти с сыном на прогулку по улице, пока что избегая всех собак;

Шаг 3: Выйти из дома с мужем и пешком дойти до магазина, но парк обойти вокруг, а также избегать всех людей с собаками;

Шаг 4: Выйти из дома одной и пешком пойти до магазина, но парк обойти вокруг, а также, избегать всех людей с собаками;

Шаг 5: Пойти в магазин и пройти мимо людей, которые держат собаку на поводке, на расстоянии 3 метров;

Шаг 6: Пойти в магазин и пройти мимо людей, которые держат собаку на поводке, на расстоянии 1,5 метра;

Шаг 7: Дойти до магазина в одиночку, пройдя мимо парка, стараясь не избегать собак;

Шаг 8: Пройти в одиночку через парк, где люди гуляют с собаками, но избегать собак;

Шаг 9: Пройти в одиночку через парк, где люди гуляют с собаками, и пройти вперед рядом с собакой;

Шаг 10: Пройти с сыном через парк, где люди выгуливают собак.

В процессе систематической десенсибилизации пришло успокоение относительно быстро —Алена в течение первых двух сеансов прошла через все ситуации. С третьего сеанса Алене следовало продолжить выполнение экспозиции в естественных условиях. Для этой «терапии вживую» она создала следующие постепенные шаги:

Цель «ПРЕДСТАВИТЬ СЕБЕ, ЧТО ОДНОЙ РУКОЙ ГЛАЖУ СОБАКУ ПО ГОЛОВЕ, А ВТОРОЙ РУКОЙ ДАЮ ЕЙ КУСОК МЯСА».

Шаг 1: Представить себе, что за забором бегает маленькая собака, и я иду вдоль забора;

Шаг 2: Представить себе, что иду вдоль забора, за которым лает крупная собака и дергает цепь;

Шаг 3: Представить себе, что за оградой бегает крупная собака и бросается на забор;
Шаг 4: Прохожу мимо мужчины с маленькой собакой на поводке, собака на меня бросается и лает,
дергает поводок;
Шаг 5: Прохожу мимо мужчины с крупной собакой на поводке, собака на меня бросается и лает,
дергает поводок, мужчина ее удерживает;
Шаг 6: Прохожу мимо мужчины с крупной собакой на поводке, собака на меня бросается и лает,
дергает поводок, мужчина ее удерживает с большим усилием;
Шаг 7: Маленькая собака подходит ко мне и обнюхивает мои ноги;
Шаг 8: Крупная собака подходит ко мне и обнюхивает мои ноги;
Шаг 9: Глажу по голове крупную собаку, хозяин держит ее;
Шаг 10: Представить себе, что одной рукой глажу собаку по голове, а второй даю ей кусок мяса, никто ее не держит.

После освоения экспозиции в воображении Алена была в состоянии выполнить отдельные шаги в течение неполного месяца. Как правило, каждый шаг она повторяла еще 3—5 раз, пока она в нем не была полностью уверена. В некоторые дни она выполняла сразу несколько экспозиций, потому что декретный отпуск предоставлял ей много свободного времени. Спустя месяц Алена смогла сходить за покупками вместе со своим сыном, не избегая прохода через парк. Но когда к Алене подбегает большая собака, которая не на поводке, то она всегда замирает от ужаса, но не паникует при этом. Она знает, что это нормальная реакция, которую испытывает большинство людей. Алена, наконец, начала ходить с сыном на прогулки и в близлежащую Прокопскую долину, где гуляет много собак, которых владельцы отпускают с поводка. Собак Алена практически перестала бояться. Несмотря на то, что у Алены боязнь собак тянется с детства, при лечении фобии не понадобилось выполнение более сложных шагов, таких как когнитивное лечение. Следующие 4 сеанса после преодоления фобии психотерапевт с Аленой посвятили улучшению коммуникации в семейных отношениях, что способствовало позитивному и открытому общению по вопросам сексуального плана.

Заключение

Специфические фобии — одни из самых распространенных психических расстройств. Как правило, жизненные последствия не являются настолько серьезными, чтобы приводить больного к лечению. В ситуациях, когда специфическая фобия вызывает сильный стресс или значительно ограничивает функционирование на работе, в семье, или при различных видах досуга, лечение необходимо. Основной метод лечения специфической фобии — это дифференцированная экспозиция в естественных условиях, или систематическая десенсибилизация в рамках КБТ. В настоящее время не рекомендуется применение медицинских препаратов при лечении специфических фобий.

Литература

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
Antony M.M., Barlow D.H. Specific phobia.//Caballo V.E. (ed.) Handbook of Cognitive and Behavioral Treatments for Psychological Disorders. Oxford: Pergamon, 1998.
Antony M.M., Barlow D.H. Specific phobias.//Barlow D. H. (ed.) Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, 2nd ed. NY: Guilford Press, 2002.
Antony M.M., McCabe R.E. Anxiety disorders: social and specific phobias.//Tasman A., Kay J., Lieberman J.A. (eds.) Psychiatry, 2nd ed. London: Wiley. 2003.
Antony M.M., Brown T.A., Barlow D.H. Response to hyperventilation and 5,5 % CO2 inhalation of subjects with types of specific phobia, panic disorder, or no mental disorder. Am. J. Psychiatry, 1997, č. 154.
Arntz A., Lavy E. Does stimulus elaboration potentiate exposure in-vivo treatment? Two forms of one-session treatment of spider phobia. Behavioral Psychotherapy, 1993, č. 21.
Bandura A. Psychotherapy based on modelling principles.//Bergin A. E., Garfield S. L. (eds.) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. NY: Wiley, 1971.
Bernadt M.W., Silverstone T., Singleton W. Behavioral and subjective effects of beta-adrenergic blockade of phobic subjects. Br. J. Psychiatry, 1980, č. 137.
Bourque P., Ladouceur R. An investigation of various performance—based treatments with acrophobics. Behav. Res. Ther., 1980, č. 18.
Butler G. Phobic Disorder in Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems.//Hawton K., Salkovskis P.M., Kirk J. (eds.) A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press, 1989.
Bird N. Treatment of children dental phobia using a modified television visualization technique. Contemporary Hypnosis, 1997, č. 14.
Campos P.E., Solyom L., Koelink A. The effects of timolol maleate on subjective and physiological components of air travel phobia. Can. J. Psychiatry, 1984, č. 29.
Cohn C.K., Kron R.E., Brady J.P. A case of bloodillness-injury phobia treated behaviorally. J. Nerv. Ment. Dis., 1976, č. 162.
Crowe M.J., Marks I.M., Agras W.S. et al. Time-limited desensitization implosion and shaping for phobic patients: a crossover study. Behav. Res. Ther., 1972, č. 10.
Curtis G.C., Thyer B. Fainting on exposure to phobic stimuli. Am. J. Psychiatry, 1983, č. 140.
Eaton W.W., Dryman A., Weissmann M.M. Panic and Phobia.//Robins L.N., Regier D.A (eds.) Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. NY: Free Press, 1991.
Ehlers A., Hofmann S.G., Herda C.A. et al. Clinical characteristics of driving phobia. J. Anxiety Disord., 1994, č. 8.
Fredriskon M., Wik G., Greitz T. et al. Regional cerebral blood flow during experimental phobic fear. Psychophysiology, 1993, č. 30.
Freud S. Analysis of a Phobia in a Five-year-old Boy (1909).//The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Hogarth Press, 1955, Vol. 10.
Freud S. Turning in the ways of psychoanalytic therapy (1919).//Collected Papers. Vol. 2. NY: Basic Books, 1959.
Fyer A.J. Current approaches to etiology and pathophysiology of specific phobia. Biol. Psychiatry, 1998, č. 44.
Fyer A.J., Mannuzza S., Gallops M.S. et al. Familial transmission of simple phobias and fears: a preliminary report. Arch. Gen. Psychiatry, 1990, č. 47.
Gelder M.G., Marks I.M., Wolff H.E. et al. Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: a controlled inquiry. Br. J. Psychiatry, 1967, č. 113.
Ginsberg S.H. Hypnosis as an adjunct to broad spectrum psychotherapy in the treatment of simple phobia. Autralian J. Clin. Experiment Hypnosis, 1993, č. 21.
Hafner R. J., Marks I. M. Exposure in vivo of agoraphobics: contributions of diazepam, group exposure and anxiety evocation. Psychol. Med., 1976, č. 6.
Hammarstrand G., Berggren U., Hakeberg M. Psychophysiological therapy vs. hypnotherapy in the treatment of patients with dental phobia. Eur. J. Oral. Sci., 1995, č. 103.
Harvey A.G., Rapee R.M. Specific phobia.//Stein D.J., Holnder E. (eds.) Textbook of Anxiety Disorders. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002.

Hayes S. N. Design of intervention programs.//Nelson R. O., Hayes S. N. (eds.) Conceptual Foundations of Behavioral Assessment. NY: Pergamon, 1984.
Himle J.A., Crystal D., Curtis G.C. et al. Mode of onset of simple phobia subtypes: further evidence of heterogeneity. Psychiatry Res., 1991, č. 36.
Hofmann S.G., Lehman C.L., Barlow D.H. How specific are specific phobias? J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1997, č. 28.
Hellstrom K., Fellenius J., Őst L.G. One versus five sessions of applied pension in the treatment of blood phobia. Behav. Res. Ther., 1996, č. 34.
Judd F.K., Burrows G.D. Specific or simple phobias.//Noyes R. Jr., Roth M., Burrows G.D. (eds.) Handbook of Anxiety, Vol. 2: Classification, Etiological Factors and Associated Disturbances. Amsterdam: Elsevier, 1988.
Kennerleyová H. Jak zvládat úzkostné stavy. Praha: Portál, 1998.
Kendler K.S., Neale M.C., Kessler R.C. et al. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, č. 49.
Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month pre- valence of DSM—IV—R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry, 1994, č. 51.
Kirk J., Rouf K. Specific phobias.//Bennett—Levy J., Butler G., Fennell M. (eds.) Oxford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy. Oxford: Oxford University Press, 2004.
Klein D.F., Zitran C.M., Woerner M.G. Treatment of phobias, 2: behavior therapy and supportive psychotherapy: are there any specific ingredients? Arch. Gen. Psychiatry, 1983, č. 40.
Ledwidge B. Cognitive behavioral modification: a step in the wrong direction? Psychol. Bull., 1978, č. 85.
Lindsay S.J.E. Disorders of sleep.//Lindsay S.J.E, Powell G.E. (eds.) The handbook of clinical adult psychology, 2nd ed. London: Routledge, 1994.
Lipsitz J.D., Markowitz J.C., Cherry S. et al. Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. Am. J. Psychiatry, 1999, č. 156.
Lorenz K. On aggression. NY: Harcourt, Brace, 1966.
Magee W.J., Eaton W.W., Wittchen H.U. et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry, 1996, č. 53.
Marks I.M. Fears and phobias. NY: Academic Press, 1969.
Marks I.M. Fears, Phobias, and Rituals. Oxford: Oxford University Press, 1987.
Marks I.M., Boulogouris J.C., Marcet P. Flooding versus desensitization in the treatment of phobic patients: a crossover study. Br. J. Psychiatry, 1971, č. 119.
Marshall W.L. The effects of variable exposure in flooding therapy. Behavior Therapy, 1985, č. 16.
Mavissakalian M., Barlow D.H. Phobia: psychological and pharmacological treatment. NY: Guilford Press, 1981.
Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum (přeloženo z anglického originálu). Praha, Psychiatrické centrum, 1996, Zprávy č. 134.
Mountz J.M., Modll J.G., Wilson M.W. et al. Positron emission tomographic evaluation of cerebral blood flow during state anxiety in simple phobia. Arch. Gen. Psychiatry, 1989, č. 46.
Možný P., Praško J. Kognitivně behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe. Praha: Triton, 1999.
Mowrer O.H. On the dual natur of learning a reinterpretation of „conditioning" and „problem solving". Harvard Educational Review, 1947, č. 17.
Mowrer O.H. Learning theory and behavior. NY: Wiley, 1960.
Muris P., Merckelbach H., van Haaften H. et al. Eye movement desensitization and reprocessing versus exposure in vivo. Br. J. Psychiatry, 1997, č. 17.
Ohman A., Soares J.F. Unconscious anxiety: phobic responses to masked stimuli. J. Abnorm. Psychol., 1994, č. 103.
Öst L.G. Behavioral treatment of thunder and lightning phobias. Behav. Res. Ther., 1978, č. 16.
Öst L.G. One session group treatment of spider phobia. Behav. Res. Ther., 1996, č. 34.
Öst L.G., Branberg M., Alm T. One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia. Behav. Res. Ther., 1997, č. 35.
Öst L.G., Fellenius J., Sterner U. Applied tension, exposure in vivo, and tension only in the treatment of blood injury phobia. Behav. Res. Ther., 1991, č. 29.
Page A.C. Blood-injury phobia. Clin. Psychol. Rev., 1994, č. 14.

Pegeron J.P., Thyer B.A. Simple phobia leading to suicide: a case report. Behavior. Therapy, 1986, č. 9.
Prochazka J.O. Prescribing to the stage and level of phobic patients. Psychotherapy, 1991, č. 28.
Rauch S.L., Savage C.R., Alpert N.M. et al. A positron emission tomographic study of simple phobic symptom provocation. Arch. Gen. Psychiatry, 1995, č. 52.
Regier D.A., Boyd J.H., Burke J.D.Jr. et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States, based on five Epidemiologic Catchment Area sites. Arch. Gen. Psychiatry, 1988, ř. 45.
Schneier F. R., Marshall R. D., Street L. et al. Social phobia and specific phobias.//Gabbard G. O., Atkinson S. D. (eds.) Synopsis of Treatments of Psychiatric Disorder, 2nd edition. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
Seligman M. Fobias and preparedness. Behavior Therapy, 1971, č. 2.
Skre I., Onstad S., Torgensen S. et al. A twin study of DSM—III—R Anxiety disorders. Acta Psychiatr. Scand., 1993, č. 88.
Van Den Hout M., Tenney N., Huygens K. et al. Preconscious processing bias in specific phobia. Behav. Res. Ther., 1997, č. 35.
Verburg C., Griez C., Meijer J. A 35 % karbon dioxide challenge in simple phobias. Acta Psychiatr. Scand., 1994, č. 90.
Wardle J., Jarvis M. The paradoxical fear response to blood, injury and illness — a treatment report. Behavioural Psychotherapy, 1981, č. 9.
Whitehead W., Blackwell B., Robinson A. Effects of diazepam on phobic avoidance behavior and phobic anxiety. Biol. Psychiatry, 1978, č. 13.
Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford (CA): Stanford University Press, 1958.
Wolpe J. The Practice of Behavior Therapy, 2nd Edition. NY: Pergamon, 1973.
Zarate R., Craske M.G., Rapee R.M. et al. The effectiveness of interoceptive exposure in the treatment of simple phobia. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. NY: 1990.
Zitrin C.M., Klein D.F., Woerner M.G. Treatments of phobias, I: comparison of imipramine hydrochloride and placebo. Arch. Gen. Psychiatry, 1983, č. 40.

8.3. КБТ обсессивно-компульсивного расстройства

Ян Прашко, Хана Прашкова

8.3.1. Основные сведения об обсессивно-компульсивном расстройстве

Обсессивно-компульсивное расстройство (Obsessive Compulsive Disorder — OCD) характеризуется навязчивыми мыслями (обсессиями), которые против воли человека вторгаются в сознание и вызывают значительный дискомфорт и беспокойство, а затем происходит попытка смягчить это состояние различными способами компульсивного поведения (компульсиями или ритуалами).

8.3.1.1. Клинические проявления обсессивно-компульсивного расстройства

Симптомы ОКР включают навязчивые мысли (обсессии) о загрязнении, мысли об агрессии к другим людям, навязчивую нерешительность, навязчивый подсчет, контроль, умывание, поиск заверений, компульсивное наблюдение за функциями организма и за психологическим функционированием. У большинства людей, страдающих ОКР, присутствуют многие из этих симптомов. Они пытаются ней-

трализовать напряжение и тревогу от навязчивых мыслей повторными действиями или стереотипными мыслями. Возникают компульсии, уменьшающие тревогу только на определенный период времени. Вскоре появляется новая тревога и новая потребность в ее снижении, а также развивается следующая компульсия. Как правило, со временем необходимость в проведении дополнительного контроля увеличивается.

Обсессии — это нежелательные, навязчивые, повторяющиеся и постоянные мысли, представления или импульсы, которые, снова и снова, в стереотипной форме проникают в сознание человека. Обсессии испытываются в качестве неконтролируемых событий, которые автоматически проникают в сознание. Они появляются не по собственной воле. Обсессии могут появиться после целого ряда возбуждающих раздражителей: после рукопожатия с незнакомым человеком, запирания квартиры на ключ, взгляда на острый предмет, после прочтения неприемлемого слова, взгляда на другого человека. После выполнения определенного действия: посещения общественного туалета, где существует риск заражения. Они могут появиться в виде пугающих, отталкивающих, оскверняющих, непристойных, абсурдных мыслей, или всех вместе. Больной, как правило, обороняется от них и пытается их нейтрализовать, или избежать ситуаций, которые вызывают обсессии. Обсессии представляют собой автоматические мысли, возникающие вне сознательного контроля и являющиеся пассивным автоматическим опытом. Человек может заниматься какой-либо деятельностью: чтением книги, вождением автомобиля, когда навязчивые мысли вдруг вторгаются в его сознание. Этим они прерывают его нормальное мышление и поведение.

Обсессии почти всегда причиняют страдания, стресс, беспокойство, или другой вид дискомфорта, потому что они воспринимаются как бессмысленные, неуправляемые, и их невозможно подавить. Иногда они вызывают чувство угрозы самому обладателю, а иногда могут носить непристойный или насильственный характер. В отличие от преднамеренной озабоченности определенными мыслями, обсессии являются очень неприятными, так как они сопровождаются сильной подавленностью, тревогой, страхом или напряжением, вынуждают к проведению действий, которые нейтрализуют эти эмоции. Эти действия мы называем компульсиями. Нейтрализация приводит к временному снижению тревожности и, как правило, происходит в качестве стереотипного компульсивного поведения:

Пациент, страдающий от навязчивой мысли (обсессии), что он проглотит волос, получит аппендицит и умрет, должен всегда перед сном, целый час, тщательно осматривать свою кровать (компульсивное поведение), на предмет того, не остался ли в кровати волос, который он может нечаянно проглотить.

Пациентка страдает от страха, что на улице может заразиться микробами, а затем заразить и всю свою семью (обсессия). Поэтому, когда она выходит на улицу, она всегда одета в чистую одежду (избегающее поведение) и перчатки. При возвращении домой она кидает их в специальную корзину. Другие члены семьи должны делать то же самое. Для того чтобы иметь чистые руки, она моет их дезинфицирующим средством около 300 раз в день (компульсивный ритуал).

Компульсивное поведение может быть «исправляющим» (умывание) и «убеждающим» (проверка, поиск заверений от других людей и т.д.).

Рис. 8.30. Последовательность событий при навязчивых мыслях о загрязнении и ритуале умывания

Нейтрализация может происходить только в мыслях в качестве преднамеренного вызова определенной мысли, которая нейтрализует первоначальную обсессию. После различения обсессивных мыслей, которые вызывают беспокойство, мы можем говорить о **компульсивных мыслях.** Таким образом, речь идет о волевом (умышленном) поведении, которое служит для снижения беспокойства или уменьшения чувства опасности.

Пример: пациент, страдающий от опасения, что может навредить маленькому ребенку:

Возбудитель:	**Обсессия**:	**Компульсивная мысль (ритуал):**
Обнаружение ребенка в метро	*«Что, если я столкну его под поезд?»*	*Боже мой, никогда не позволяй такое поведение (100 раз)*

Иногда компульсивные мысли имеют одинаковое содержание с обсессивными мыслями, отличается только их порядок. Например, первая мысль является непроизвольной обсессией, а следующие — нейтрализованы по формуле: обсессивная мысль — нейтрализованная мысль (3 раза) — обсессивная мысль — нейтрализованная мысль (3 раза) — и так далее:

Обсессия:	**Компульсивная мысль:**
Не навредил ли я кому-нибудь?	*Я никому не навредил (3 раза) — и т.д.*

Наиболее распространенным ментальным компульсивным мышлением является так называемая коррекция. Мать может снизить свой страх за детей тем, что проговаривает про себя их имена в точно определенном порядке, чтобы ощутить

чувство безопасности; мужчина, страдающий от страха заболеть раком, может успокаиваться с помощью того, что начинает думать о «здоровых» словах, чтобы нейтрализовать провоцирующее слово. Тревога при ритуальном действии временно уменьшится, но в долгосрочной перспективе из-за компульсивного мышления беспокойство увеличивается. Более частая последовательность возникает, когда обсессия приводит к компульсии.

Примеры обсессий и последующего компульсивного поведения или мышления

Обсессивные мысли	**Компульсивное поведение или мысли**
Придут воры, убьют меня и ограбят квартиру.	Проверка, что двери закрыты — 70 раз.
На дверной ручке находится инфекция от других людей, теперь она и на моей руке.	Мытье рук до тех пор, пока не закончится все мыло, дезинфекция специальным средством аятином, дезинфекция всех предметов, до которых дотронулся другой человек.
Бог не существует, если разрешает, чтобы на земле происходило все это свинство.	Просит о прощении на коленях, 12 раз читает молитвы.
Я должен одеться так, чтобы у меня было «правильное ощущение», иначе со мной произойдет неудача.	Одевается и раздевается очень медленно, с одинаковой последовательностью, до тех пор, пока у него не будет «правильное ощущение».
Я поджег дом.	Пишет 150 раз, что он не поджег дом, или требует заверений у своих родителей, что в газетах ни о чем подобном не писали.
Выброшу бумажку, на которой у меня важная запись.	Проверяет все бумажки, ничего не выбрасывает, бумагами заполняет квартиру и гараж.
Убью своего ребенка	Не подходит с ребенком к окну, прячет от себя все острые предметы

Руминация — это непродуктивное и длительное следствие определенных мыслей по конкретной теме. Чем руминация отличается от обсессий? В отличие от обсессий, руминация не навязывается в сознание больного в виде заранее определенной формы, или с ясно установленным содержанием. Речь идет о ментальных нейтрализованных мыслях, предшествующих обсессиям. Например, обсессия «Я сойду с ума?» может привести к компульсивному побуждению думать об этом, — это руминация. Руминация отличается от других ментальных компульсий. Ментальные компульсии состоят из специфичных ментальных действий, таких, как повторение или воображение чего-нибудь стереотипно одинаковым способом. В отличие от этого, руминация не является однозначно определенным явлением. Тема руминации специфична, но то, что входит в размышление на эту тему, является открытым и разнообразным. В основном, мышление пациентов, страдающих ОКР, касается религиозных, философских и метафизических тем, таких, как начало мира, жизнь после смерти, природа морали и т.д.

Другой вариант нейтрализации обсессий — заверение. Обсессивные мысли очень часто связаны со страхом ответственности за ущерб, который может произойти в результате какого-либо действия или бездействия. Свое состояние можно облегчить повторным заверением, путем переноса ответственности на какого-либо другого человека. Обсессивные мысли, такие, как: «Я сойду с ума? Я делаю это правильно? Необходимо ли мне снова проверить краны?», часто приводят пациента к потребности в заверении. Когда он его получает, то чувствует облегчение. К огорчению друзей или членов семьи больного требование заверения часто

повторяется. Некоторые люди, страдающие ОКР, ходят к врачам со списком вопросов, которые их волнуют, и способны требовать заверения в течение нескольких часов. Учитывая тот факт, что заверение используется для нейтрализации обсессивных мыслей, оно также приводит к их консолидации.

Для уменьшения обсессивных мыслей пациентов и, особенно, последующего беспокойства и последствий, вытекающих из компульсий, они стараются не попасть в те ситуации, в которых, как правило, возникают обсессии. Речь идет об избегающем поведении:

Пациентка, страдающая от мысли (обсессии), что может заразиться после прикосновения к сидению туалета, откладывает эту потребность (избегающее поведение) до абсолютного предела. И, когда сил терпеть больше нет, справляет нужду, не садясь на сиденье (избегающее поведение), которое она ранее обложила слоем туалетной бумаги.

Существует и скрытое избегающее поведение, такое, как усилие не думать об определенных вещах.

Обсессивные мысли, представления или импульсы часто имеют содержание, связанное с особо неприятными областями. Поэтому у глубоко верующих людей, как правило, возникают кощунственные мысли: у любящей матери — как она вонзает нож в своего ребенка, у человека с чрезмерным беспокойством о чистоте — о заражении и т.д. Объединяющей темой является боязнь потенциальной опасности и необходимость этого избежать.

8.3.1.2. Диагноз обсессивно-компульсивного расстройства

Основные симптомы ОКР — это обсессивные мысли, компульсии, чувство тревоги и избегающее поведение. Все эти симптомы могут присутствовать в различных формах. Обсессии могут появляться как в виде навязчивых мыслей, слов, лозунгов, убеждений, сомнений, страхов, убеждений, так и в виде представлений, образов и импульсов. Они эго-дистонны, отвлекающие, нежелательны. Больной считает их своими собственными, рассматривает их в качестве продукции своего разума. Как правило, они вызывают сильное беспокойство, иногда они даже приводят в ужас своего обладателя, если они носят непристойный, насильственный или антисоциальный характер. Больной может неверно понимать значение таких мыслей и быть обеспокоенным возможностью их реализации. Он старается нейтрализовать эти мысли или компенсировать, что, как правило, происходит в форме навязчивого действия: компульсии, ритуального действия, или повторных стереотипных действий, которые служат в качестве профилактики возможных катастроф (по вине пациента) и, таким образом, обеспечивают временное облегчение (Kosová, 2002).

Наиболее распространенные типы обсессий и компульсий перечислены в таблице 3, диагностические критерии в соответствии с Международной классификацией болезней—10, пересмотр (МКБ-10; 1992) в таблице 4.

Наиболее распространенные виды обсессий и компульсий

Обсессия	**Компульсия**
Страх загрязнения	Умывание, очищение
Страх катастрофы, вина	Контроль

Точность, пунктуальность, симметрия	Повторение деятельности
Религиозные	Подсчет
С агрессивным или сексуальным содержанием	Упорядочивание/ организация
Соматические	Прикосновение
Думать о добре и зле	Скапливание/ собирание
Пустое философствование	Разговор
Смешанная	Смешанная

Диагностические критерии МКБ-10 при ОКР (1996)

А. На протяжении, по крайней мере, 2-х недель присутствуют навязчивые мысли или компульсивное поведение (либо оба варианта)
Б. Обсессии (мысли, идеи или представления) и компульсивное поведение имеют следующие общие особенности, все из которых должны присутствовать: Пациент должен признать, что они формируются в его собственном сознании, а не вызваны другими людьми или внешним воздействием. Они являются неприятными и повторяющимися, должна присутствовать, по крайней мере, одна обсессия или компульсия, которая считается чрезмерной или необоснованной. Пациент пытается противостоять им (однако, устойчивость к долгосрочным обсессиям или компульсиям может быть минимальной). Должна присутствовать хотя бы одна обсессия или компульсия, которой пациент безуспешно сопротивляется. Переживание обсессивной мысли или проведение компульсивного действия, само по себе, неприятно. (Это следует отличать от временного облегчения после напряжения и тревоги.)
В. Обсессия или компульсия вызывают страдания или нарушают социальную или индивидуальную деятельность пациента пустой тратой времени.
Г. Наиболее часто используемое положение об исключении. Обсессия или компульсия не являются результатом других психических расстройств, таких как шизофрения или похожие расстройства (F20-F29), или расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30-F39).
Диагноз может быть впоследствии определен следующим четвертым символом: **F42.0** Преимущественно обсессивные мысли и руминация. **F42.1** Преимущественно компульсивное поведение (обсессивные ритуалы). **F42.2** Смешанные обсессивные мысли и действия. **F42.8** Другие ОКР. **F42.9** ОКР, неуточненное.

По диагностическим критериям обсессивные или компульсивные симптомы должны соответствовать следующим характеристикам:

а) пациент их должен признавать как свои собственные мысли и компульсии;

б) должна присутствовать, по крайней мере, одна мысль или действие, от которого пациент безуспешно уклоняется, хотя могут присутствовать и другие, которым он не сопротивляется;

в) мысль о преступлении или совершении преступления не должна быть приятной сама по себе (облегчение после напряжения и тревоги, в этом смысле, не считается удовольствием);

г) мысли, представления или импульсы должны повторяться.

Для установления точного диагноза необходимо, чтобы симптомы присутствовали у больного непрерывно, на протяжении многих дней, в течение не менее двух недель подряд, вызывали тревогу и мешали нормальной деятельности

(таблица 4). Согласно распространенности основных групп симптомов, мы можем определить диагноз следующим образом: F 42,0 — преимущественно навязчивые мысли или размышления; F 42,1 — преимущественно навязчивые действия (компульсивные ритуальные действия); F 42.2 — смешанные обсессивные мысли и поведение (наиболее распространенный формат, составляет примерно 75 % всех ОКР).

Пациенты, которые навязчивым образом моются, могут отличаться от тех, кто навязчиво осуществляют постоянный контроль (Rachman и Hogson, 1980). «Умывающие» обсессии напоминают фобии и характеризуются большим количеством «загрязненных объектов» и избегающим поведением, которое должно предотвратить предполагаемые риски; если избегающее поведение не удается, пациент «исправляет» ситуацию посредством умывания и очищения. При обсессивных мыслях, связанных с необходимостью «проверки», пациент пытается убедиться в том, что не причинил никакого вреда другим людям или самому себе. В этом случае избегающее поведение происходит значительно реже. В симптомах между навязчивым умыванием и проверкой существует значительное совпадение, функциональное значение компульсивного поведения (мытье и проверка) одинаково. Можно выделить обсессивные мысли без видимых компульсий. Психические (скрытые) принуждения можно разделить на «исправляющие» (приведение в надлежащее состояние, например, умывание) и «заверяющие» (контроль, проверка).

8.3.1.3. Эпидемиология обсессивно-компульсивного расстройства

ОКР одно из самых распространенных психических расстройств сразу после фобии и депрессии, с преобладанием 1,9—3,2 %. У детей и подростков установлена даже более высокая частота развития (Karno и др., 1988; Weissman и др. 1994). ОКР может появиться у людей всех социальных классов. Такое расстройство значительно ограничивает обладателя в жизнедеятельности: такие люди чаще разводятся, часто не имеют сексуального опыта и социально изолированы. У 60 % больных расстройство наблюдается до 25 лет, у 30 % даже между 5 и 15 годами (Perse, 1988). Расстройство чаще развивается у женщин, чем у мужчин, в соотношения 1,5: 1. Средний возраст появления симптомов — 21 год и 4 мес. у женщин и 19 лет и 6 мес. у мужчин. Самая высокая распространенность этого заболевания у женщин между 25 и 34 годами, у мужчин между 35 и 54 годами. Пожизненный риск для развития ОКР оценивается в 5,4 % (Bland и др. 1988).

Примерно у 80 % людей иногда возникают навязчивые мысли, которые ничем не отличаются от обсессий. В отличие от больных, которые страдают ОКР, эти люди не придают большого значения таким мыслям и не пытаются их нейтрализовать. Они не воспринимают их как нечто, что может им серьезно угрожать, поэтому им не нужно их проверять, подавлять или каким-либо другим образом управлять ими. От навязчивых идей пациентов, которые обратились за профессиональной помощью, они не отличаются ни формой, ни содержанием. Разница заключается в их количестве — у таких пациентов навязчивые мысли реже возникают и создают им гораздо меньше проблем. Укажем некоторые наиболее часто встречающиеся обсессивные мысли:

— мысли о причинах несчастья с близким человеком;
— мысли о том, что с детьми может произойти что-то плохое, как правило, ка-

кие-либо травмы;
- мысли о «неестественных» половых актах;
- побуждение прыгнуть с платформы перед проезжающим поездом или в метро;
- желание прыгнуть с высоты;
- мысли о самоубийстве;
- желание напасть и убить любое животное;
- побуждение что-нибудь сделать (например, смеяться, кричать или бросать что-либо), чтобы возмутить спокойствие людей на собрании.

От возникновения симптомов ОКР до того момента, когда больной обращается за лечением, в среднем проходит от 7 до 15 лет. Это означает, что больной начинает лечение только тогда, когда симптомы сильно затрагивают его нормальную жизнь, нарушают его функционирование, как на работе, так и в семье.

8.3.1.4. Этиопатогенетические факторы обсессивно-компульсивного расстройства.

В 19-ом в. обсессии перестали рассматривать как одержимость или действия дьявола и стали считать частью депрессии. На рубеже веков они были определены в качестве самостоятельной единицы. Согласно Фрейду, речь идет о регрессии до догенитального анально-садистического этапа развития. Обсессивные симптомы, по мнению Фрейда, возникают из неосознанных импульсов агрессивного и сексуального характера. Эти импульсы вызывают крайнюю тревогу, которую больной пытается предотвратить различными защитными методами (Freud, перевод Rieff, 1973). Более поздние психоаналитические концепции говорят об «эго со слабыми границами» и рассматривают таких больных в качестве «предпсихотических». Эта теория, к сожалению, оказывала и по-прежнему оказывает влияние на многих психотерапевтов, которые, работая с такими пациентами, уже заранее считают слишком ограниченной возможность психологического вмешательства.

На основании семейных исследований, примерно 35 % родственников больных первой степени родства также страдают ОКР. Это по-прежнему не должно свидетельствовать о влиянии генетических факторов, потому что поведение могло быть уже ранее освоено. В действительности, о существенной генетической передаче свидетельствует более высокая конкордантность у монозиготных близнецов, чем у дизиготных.

Результаты фармакологических исследований подчеркивают важность нейротрансмиттерной системы серотонина. Результаты увеличенных метаболитов серотонина в спинномозговой жидкости и повышенная чувствительность серотонинергических областей в тромбоцитах указывают на нарушение этой системы. Для убедительности необходимы дальнейшие исследования. У одной трети пациентов, страдающих ОКР, подавление кортизола в дексаметазонном супрессивном тесте не происходит, и аналогичное соотношение пациентов показывает сокращение секреции гормона роста после инфузии клофелина. Эти данные схожи с теми, которые присутствуют у депрессивных пациентов.

Исследования с использованием ПЭТ (позитронная-эмиссионная томография) показали повышенную метаболическую активность и увеличенный поток во фронтальных областях коры, поясной извилины, а также базальных ганглиев,

в частности, в хвостатом ядре. Магнитный резонанс и КТ описывают меньший размер хвостатого ядра и асимметрию во фронтальных областях головного мозга. Тем не менее, полученные результаты противоречивы и очень похожи на результаты других тревожных расстройств, поэтому мало типичны для ОКР.

Психоаналитическая интерпретация — исторически самая давняя и известная. Существует много версий психоаналитической интерпретации ОКР. Эти взгляды можно резюмировать следующим образом: обсессии и компульсии являются признаком более глубокой проблемы в человеческом подсознании. Определенные воспоминания, желания и конфликты подавляются и поддерживаются вне сознания, потому что могут вызвать беспокойство. Эти подавленные психические элементы могут позже проявиться в качестве невротических симптомов. Фиксация (или сцепление) на определенном этапе развития, которая вызвана различными факторами в раннем детстве, определяет характер невротических симптомов, которые проявляются в более позднем возрасте. ОКР имеет свое начало в стадии развития, называемой «анально-садистическая стадия», основной характеристикой которой — практика контроля мочи и кала. С этим этапом развития ребенка связаны гнев и агрессия. Определенные переживания в этот период, в том числе желания, импульсы, конфликты и разочарования могут предрасполагать к появлению у человека ОКР и обсессивно-компульсивных личностных характеристик в более поздние годы жизни. Компульсивные действия, обсессивные мысли считаются защитными реакциями, которые подавляют реальную скрытую тревогу. Как бы ни была интересна психоаналитическая теория, существует мало доказательств, поддерживающих ее утверждения. Это также одна из тех теорий, которую очень трудно проверить.

Другой важной психологической теорией, которая пытается объяснить ОКР, является теория научения. Эта теория предполагает, что невротические расстройства и многие другие проблемы в поведении являются приобретенными или выученными. Посредством ассоциации с неприятными ощущениями человек может научиться реагировать с помощью беспокойства на определенные стимулы, которые, на самом деле, являются безвредными. Он также может научиться тому, что определенное поведение устраняет беспокойство, и это поведение затем подкрепляется. В этом случае происходит и подкрепляется компульсивное поведение, так как оно способствует снижению напряженности, что приводит к использованию такого поведения в качестве обычного способа снижать или предотвращать беспокойства. Другие свидетельства, поддерживающие теорию научения, получены при исследованиях животных. Экспериментальным образом было установлено, что животные, которые подвергались болезненным и неприятным ситуациям, осуществляли стереотипное и повторяющееся ранее усвоенное поведение, снижающее беспокойство даже в том случае, когда такое поведение не приводило к облегчению или побегу из этой ситуации. Это указывает на то, что изначально поведение, подходящее для снижения беспокойства, может осуществляться в стрессовой ситуации ригидным способом даже в том случае, когда оно не имеет логического отношения к настоящему стрессу. С виду бессмысленное ритуальное поведение некоторых обсессивно-компульсивных пациентов можно рассматривать в качестве подобного явления.

В настоящее время не существует полностью удовлетворительной теории, которая может объяснить ОКР. Достаточным образом подтверждены доказательства биологической теории и теории научения, основанной на КБТ. Из существующих данных следует, что в возникновении и продолжительности ОКР участвует множество факторов. Как было сказано ранее, генетические и семейные факторы могут увеличивать вероятность того, что у кого-то эта проблема будет развиваться. Также ясно, что важную роль играет переживание стресса. Очевидно, что переживание стресса может привести к повторяющимся и навязчивым мыслям или представлениям. Когда травматические или стрессовые переживания эмоционально полностью не обработаны, т. е. решены и усвоены, то могут быть остаточные эффекты, которые проявляются в виде различных симптомов. Таким образом, повторяющиеся навязчивые мысли, которые длятся в течение короткого времени, у некоторых людей могут стать хроническими и продолжительными. Это может быть способ, посредством которого возникают навязчивые мысли. Затем они поддерживаются тем, что человек пытается нейтрализовать эти мысли с помощью компульсий, посредством избегания возбудителей, защитой и заверением. О поддерживающих факторах см. ниже.

8.3.1.5. Дифференциальная диагностика и коморбидность обсессивно-компульсивного расстройства

ОКР необходимо отличать от БАР, особенно, когда в депрессивной фазе часто появляются обсессии и компульсии. Подобное происходит при униполярном депрессивном расстройстве. При некоторых тревожных расстройствах, в частности ПР и ипохондрии, возможны трудности и сомнения при постановке диагноза. Обсессии и компульсии также могут возникать при острых шизофренических расстройствах — в этом случае очевидно присутствие психотических симптомов. Почти неотличимыми от клинического ОКР являются некоторые резидуальные состояния после пройденного психотического эпизода.

В исключительных случаях обсессии и компульсии появляются при органических психических расстройствах.

Проблема может возникнуть при отличии ОКР от синдрома Туретта, при котором обсессивно-компульсивные симптомы возникают у 90 % больных и 2/3 соответствуют диагностическим критериям при ОКР. Главной отличительной особенностью являются двигательные и вокальные тики, которые могут быть восприняты в качестве эго-синтонных признаков, в отличие от обсессий и компульсий, которые всегда являются эго-дистонными симптомами.

Особенно в начале заболевания ОКР часто путают с шизофренией, при которой у пациента отсутствует собственное представление о ситуации и присутствуют еще более странные симптомы. Более того обсессии, в отличие от бреда, всегда являются эго-дистонными.

При дифференциальном диагнозе остальных тревожных расстройств и расстройств настроения, которые часто происходят в комбинации с ОКР, мы, в основном, опираемся на содержание навязчивых мыслей и компульсий.

Психические расстройства, которые могут создать наибольшее диагностические затруднения своими общими признаками с ОКР, включают:

1. синдром Туретта;
2. генерализованное тревожное расстройство;
3. фобия;
4. ипохондрическое расстройство;
5. расстройство пищевого поведения;
6. шизофренические расстройства;
7. расстройство личности.

Сопутствие ОКР с рядом других психических расстройств очень распространено. Наиболее распространенным сопутствующим расстройством может быть депрессия, которая возникает в 55 % случаев ОКР (Eisen и др., 1999), ее распространенность на протяжении всей жизни у этих пациентов составляет около 67 % (Pigott и др., 1994). В соответствии с другой работой у 80 % пациентов, страдающих ОКР, одновременно присутствуют дисфорические симптомы, у 2/3 пациентов упоминается о депрессивном эпизоде в своем анамнезе и 1/3 актуально от нее страдают (Karno и др., 1988). Некоторые авторы считают депрессию неотъемлемой частью ОКР, потому что в некоторых характеристиках ОКР существенно отличается от самого депрессивного расстройства. Например, не отвечают на лечение с помощью трициклических антидепрессантов (кроме кломипрамина), а только на ингибиторы обратного захвата серотонина, с одинаковой задержкой в начале действия и одинаковой степенью большого количества рецидивов после прекращения лечения ОКР.

Сегодня возникновение обсессивно-компульсивных симптомов биполярного аффективного расстройства составляет около 30 % (Kruger и др., 1995; Cosoff и др., 1998).

Коморбидность с тиковым расстройством и шизофренией повышает интерес с точки зрения патофизиологии и лечения обоих заболеваний. 40 % детей и подростков с ОКР страдают одновременно тиковым расстройством. Также было установлено и повышение синдрома Туретта среди родственников пациентов, страдающих ОКР первой степени (Nordstrom и др., 2002; Johannes и др., 2003).

Наоборот, примерно у 25 % пациентов с хроническими симптомами шизофрении присутствуют также обсессивно-компульсивные симптомы (описываемый в литературе диапазон очень широк —7,8—46,6 %), 15 % полностью соответствует диагностическим критериям для обоих заболеваний. Многие пациенты даже в состоянии четко различать свои эго-дистонные навязчивые мысли от эго-синтонного бреда. Долгосрочные наблюдения демонстрируют относительную диагностическую стабильность и худший прогноз шизофрении с симптомами ОКР (Ohta и др., 2003; Gangdev, 2002). Такая коморбидность может означать большее функциональное нарушение, ухудшение клинического течения и реакции на лечение.

Очень распространенной является коморбидность с тревожными расстройствами. На основании 2-хлетнего проспективного исследования (Eisen и др., 1999) было установлено, что речь идет о социальной фобии (23 %), специфической фобии (21 %) или о генерализованном тревожном расстройстве (20 %). Подобные цифры были получены после наблюдения и распространенности на протяжении всей жизни тревожных расстройств при ОКР, где к вышесказанному

добавляется и ПР, чья пожизненная распространенность при наличии ОКР находится на отметке 12 % (Nestadt и др., 2001). Самостоятельные панические атаки присутствуют у 60 % пациентов, страдающих ОКР, но не возникают спонтанно — скорее, это вторичный признак, связанный с навязчивыми мыслями (Rasmussen и Eisen, 1988).

Другими частыми коморбидными расстройствами являются злоупотребление алкоголем и расстройство пищевого поведения (Yaryura-Obias и др., 2001).

8.3.1.6. Развитие обсессивно-компульсивного расстройства

Расстройство может начинаться постепенно и внезапно. Примерно у 50 % пациентов ОКР предшествует стрессовый жизненный опыт. ОКР является хроническим, ограничивающим и часто изнурительным заболеванием. Симптомы этого расстройства со временем могут меняться, как по своему содержанию, так и своей интенсивностью. На ранних стадиях заболевания больные часто в состоянии держать свои обсессии и компульсии под частичным контролем. Долгосрочный процесс болезни, который у больного длится на протяжении всей жизни, у некоторых людей усугубляется атаками более значимых симптомов, которые чередуются с периодами, когда болезнь идет на убыль. Менее одной трети больных переживает только один эпизод ОКР, длившийся несколько месяцев, который может полностью исчезнуть и никогда не вернуться.

Повышенный риск суицидальных попыток описан, в основном, в связи с сопутствующей депрессивной симптоматикой. Лучший прогноз, бывает, связан с более высоким социально-экономическим статусом, эпизодическим характером заболевания и наличием преципитирующих событий (Karno и др., 1991).

8.3.2. Обсессивно-компульсивное расстройство с точки зрения КБТ

8.3.2.1. Бихевиоральные факторы обсессивно-компульсивного расстройства

Согласно теории научения, обсессии являются условными рефлексами. Если относительно безобидный стимул связан со стимулом, вызывающим тревогу, впоследствии возникает развитие тревоги даже после первоначально нейтрального стимула. Компульсии уменьшают беспокойство, пациент по этой причине повторяет их и учится использовать в предотвращении неприятных ощущений.

Бихевиоральная модель обсессий (Rachman и Hogson, 1980) подчеркивает функциональное значение явных и скрытых компульсий (обозначенных в качестве нейтрализующих действий). Из этого следует, что обсессии — это навязчивые мысли, представления и импульсы, которые непроизвольны и сопровождаются повышением тревожности, в то время как нейтрализация (открытое и скрытое компульсивное поведение), является волевым (умышленным) поведением, которое пациент выполняет для уменьшения беспокойства (или риска опасности). Скрытое нейтрализующее поведение во многом может совпадать с обсессивными мыслями. У одного пациента присутствовала обсессивная мысль, что какой-нибудь незнакомый человек может на него напасть. Когда эта мысль появлялась, он должен был о ней подумать еще раз (чтобы эта мысль появилась в четном числе), для того, чтобы пациент начал чувствовать себя лучше (Salkovskis, 1989). Это может привести к длинной цепочке: навязчивые мысли — нейтрализу-

ющие мысли — навязчивые мысли — нейтрализующие мысли и т.д., причем, каждая из мыслей в этой цепочке имеет разную функцию, несмотря на их одинаковое содержание. С сохранением обсессий и расширением ритуалов пациенты могут проявлять ритуальное поведение, казалось бы, независимое от обсессий: больной встречается со стимулом, вызывающим обсессию и выполняет нейтрализующее поведение еще до появления обсессии, предотвращая, тем самым, ее появление.

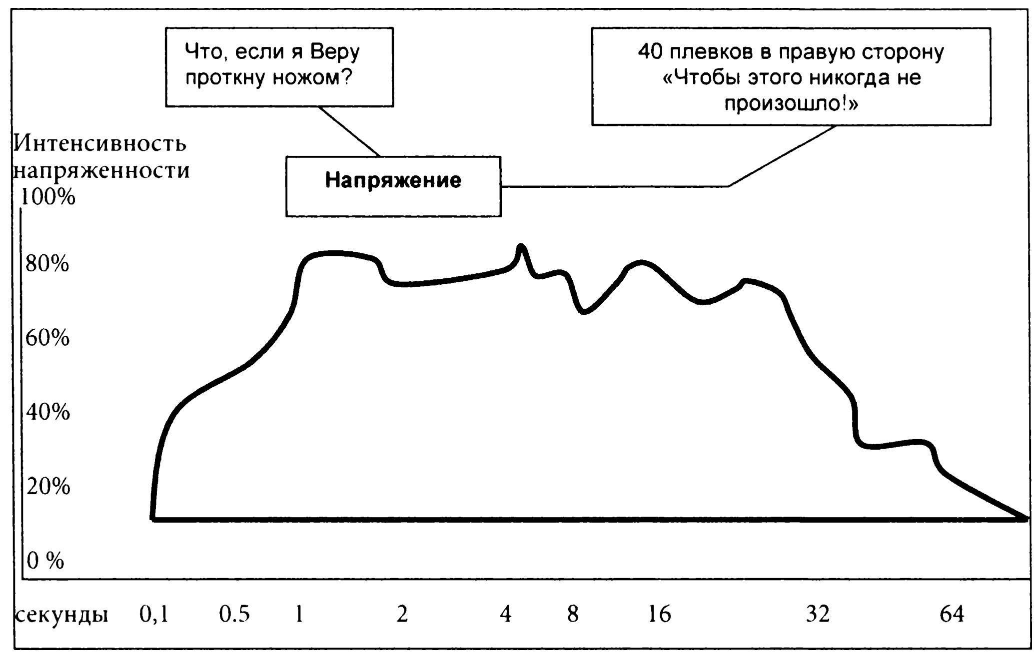


Рис. 8.31. Процесс нейтрализации напряжения с помощью компульсии (пример плевания в сторону)

8.3.2.2. Когнитивные факторы обсессивно-компульсивного расстройства

Когнитивная модель ОКР (Salkovskis, 1989) основана на предположении, что автоматические навязчивые мысли не представляют собой ничего патологического. Они имеют позитивное, нейтральное и негативное эмоциональное сопровождение. Если они не связаны с другими волевыми мыслями или поведением, они исчезают. Такой способ функционирования когнитивных процессов обеспечивает отбор наиболее важной информации. Но, так как некоторые из навязчивых мыслей могут касаться угрожающей опасности, то часто вызывают тревогу и напряженность. Тревога и напряженность могут расти чрезвычайно быстро благодаря дисфункциональным взглядам и убеждениям (так называемым, дисфункциональным когнитивным схемам). Человек не в состоянии с ними справиться и пытается избавиться от них с помощью определенного нейтрализующего поведения. Такое поведение приносит лишь кратковременное облегчение, и связь между обсессиями (непроизвольными — автоматическими мыслями) и компульсиями (волевым действием или мыслью, направленной на снижение тревожности) укрепляется и появляется все чаще. Можно сказать, что автоматическая навязчи-

вая мысль может получить патологическое качество в том случае, если она связана с сильной тревогой, которую человек пытается нейтрализовать любой ценой. Избегающее поведение защищает от воздействия пугающих мыслей, и компульсивное поведение (открытое или скрытое) прекращает воздействие этих мыслей. Оба типа поведения препятствуют воздействию на пациента пугающих мыслей и ситуаций. Компульсии и избегающее поведение предотвращают возможность по-новому оценить обсессии. Когда пациент перестает выполнять эти действия, он осознает, что то, чего он так боится, на самом деле не произойдет (Salkovskis и Warwick, 1989).

Дисфункциональные когнитивные схемы, активирующиеся у людей, страдающих ОКР, касаются, в первую очередь, контроля, ответственности, потребности в заверениях и жестких правил. Вероятно, эти дисфункциональные схемы были сформированы еще в детстве, задолго до развития ОКР, у чрезмерно уязвимой личности под влиянием семейного воспитания и правил.

Не важно, присутствуют ли у человека непроизвольные мысли (они присутствуют у всех людей), но важно, как он их оценивает. Терапия должна быть направлена не на опровержение или устранение обсессивных мыслей, а на изменение их оценки и на модификацию дисфункциональных убеждений. Когда человек изменит оценку этих мыслей (т. е., перестанет их воспринимать как нечто ненадлежащее, от чего необходимо защищаться), перестанет бороться против них и выполнять компульсивные ритуальные действия, тогда навязчивые мысли потеряют свой эмоциональный заряд и постепенно исчезнут.

8.3.2.3. Межличностные факторы обсессивно-компульсивного расстройства

Окружающие люди обычно замечают компульсии. Это фактическое обращение внимания может быть большой наградой (например, в отношениях, которые ранее были скучными, или когда люди стали практически чужими друг другу). В большинстве случаев появляется намерение помочь посредством заверений, что ничего страшного не произойдет, если больной не выполнит компульсию. Впоследствии больной начинает просить заверений и от других людей. Развивается компульсия в виде постоянного поиска заверений, которые поддерживают ОКР. Иногда родители или партнеры начинают выполнять то, чего больной избегает из-за обсессий. Им кажется, что таким образом они могут ему помочь. Они облегчают его состояние лишь на короткий промежуток времени, а помогая больному поддерживать избегающее поведение, в конечном счете, вредят ему.

Так же, как и стремление помочь, негативное поведение окружающих людей способствует поддержанию или подкреплению обсессий и компульсий. Ругань и критика часто воспринимаются лучше (положительней), чем безразличие и незаинтересованность. Бывает, что близкие люди возмущаются и пытаются предотвратить выполнение ритуального действия. Иногда это приводит к некоторой отсрочке ритуалов, которые больной наверстает тогда, когда другие не будут видеть его. У больного за это время накапливается значительный стресс, в частности из-за того, что его отвергают, он будет проводить свои ритуальные действия дольше и интенсивнее.

8.3.2.4. Модель КБТ обсессивно-компульсивного расстройства

Модель КБТ формируется путем объединения бихевиоральной и когнитивной модели и в настоящее время, ввиду прагматичности, в нашей клинической практике используется чаще всего.

Модель КБТ ОКР

Жизненный опыт а) Воспитание: нарушение определенных правил может привести к катастрофе. б) Опыт: пренебрежение может привести к катастрофе.

↓

Создание дисфункциональных убеждений
«Человек должен делать все идеально, следовать строгим правилам — если он их не будет придерживаться, это может привести к катастрофе».

↓

Критическое событие
Влюбиться в девушку, которая отказалась от отношений.

↓

Активация дисфункциональных убеждений
«Нормальные» непроизвольные мысли обратят на себя внимание, и пациент начнет испытывать сильную тревогу — возникновение **обсессии.**
«Деньги держат в руках большое количество людей. Если они будут в моих руках, а я затем не помою руки, у меня начнется желтуха».

↓

Развитие «нейтрализующего» компульсивного действия (предшествующее или корректирующее) «Каждый раз, когда у меня в руках деньги, мне необходимо долго мыть руки».

↓

Обсессивно-компульсивное расстройство
Симптомы:
Бихевиоральные: избегающее поведение, компульсивные ритуалы, убеждение.
Когнитивные: обсессии, когнитивные ритуалы, руминации.
Аффективные: депрессия, тревога, паника, гнев.
Физиологические: активация вегетативной нервной системы, изменения в функциях организма: нарушение сна и т.д.

Как только у человека появятся обсессивные мысли и тенденция нейтрализовать напряжение с помощью компульсий, для поддержания ОКР начинают работать следующие процессы:

а) избегающее поведение,
б) компульсивное поведение и мысли,
в) сами обсессии,
г) гиперчувствительность,
д) поведение окружающих людей, которое «вознаграждает» обсессии и компульсии.

8.3.2.5. Исследование эффективности КБТ при обсессивно-компульсивном расстройстве

Исследование результатов лечения ОКР проводили 3 основные группы под руководством Рахмана в Лондоне, Эммелькампа в Гронингене и Фоа в Филадельфии. Лондонская группа провела исследования, в которых было установлено, что экспозиция в сочетании с запретом осуществления ритуальных действий является эффективным лечением (Rachman и Hogson, 1980; Marks, 1987). В качестве наиболее эффективного способа терапии было рекомендовано лечение в домашней об-

становке. 2 исследования сравнивали эффективность экспозиции с антидепрессантом кломипрамином и без него (Marks и соавт., 1980; Marks, 1997). Результаты показали, что эффективность экспозиции значительно выше, чем эффективность релаксации, и что влияние лекарственного препарата на ритуальные действия было опосредовано влиянием на настроение. Маркс (1987) утверждает, что частота рецидивов после прекращения приема препарата несколько выше, а также, что при медикаментозном лечении наблюдается более высокая частота неприятных побочных эффектов.

Результаты Фоа согласуются с ранее сделанными выводами группы Рахмана. Данное исследование было направлено на относительную долю экспозиции и запрет выполнения ритуального действия, установив, что наиболее эффективна комбинация этих двух методов. Фоа также исследовала эффективность экспозиции с 24-х часовым запретом выполнения ритуального действия и установила, что это приводит к необычно высокой вероятности успеха, достигающей 85 % (Foa и Goldstein, 1978). Группа Эммелькампа вновь подтвердила хорошие результаты, достигнутые Лондонской группой, и исследовала влияние различных способов проведения экспозиции. Результаты, полученные Эммелькампом, показывают, что наглядная демонстрация желаемого поведения терапевтом существенно не меняет результат лечения, но может значительно помочь вовлечению семьи больного в лечебный процесс. Несмотря на показания ранних исследований, что обучение самоинструктированию не повышает эффективность экспозиции, более поздняя работа приводит данные, что определенные формы когнитивной терапии были столь же эффективны, как и экспозиция (Emmelkamp, 1982).

Исследования, изучающие эффективность КБТ при ОКР, показывают, что ее успех составляет около 75 % для тех, кто полностью проходит курс терапии с сохранением достигнутого улучшения в течение нескольких лет после ее прекращения. Эффективность КБТ при ОКР сравнима с фармакотерапией, и некоторые авторы подчеркивают даже долгосрочный эффект и значительно меньшее количество рецидивов после завершения КБТ (Marks, 1997). Результаты лечения обсессивных мыслей без явных компульсий значительно хуже и показывают лишь небольшое различие между специфическими и неспецифическими лечебными методами. Это может быть обусловлено несколькими причинами. Следует обратить внимание на то, что исследуемых данных было всегда очень мало. Тем не менее, существует больше возможностей применения КБТ для обсессий без явных компульсий, и результаты лечения могут быть значительно улучшены. Остается целый ряд других проблем, с которыми мы вынуждены сталкиваться. Существует большое количество пациентов, которые отказываются, или не полностью проходят лечение. Это приводит к тому, что менее 50 % больных, которые подходят для лечения и действительно хотят его пройти, улучшают свое состояние (Salkovskis, 1989). Во время катамнестического наблюдения, безусловно, происходит появление рецидивов, хотя их частота не достаточно изучена. Применение высокой степени воздействия с 24-часовым запретом выполнения ритуальных действий, показывает, что существует лишь небольшой шанс улучшить результаты лечения ОКР посредством увеличения уровня воздействия. Очевидным альтернативным вариантом является включение когнитивных методов в существующие програм-

мы бихевиоральной терапии (например, Salkovskis и Westbrook, 1987; Salkovskis и Warwick, 1988).

Количественный мета-анализ Абрахамовитза (1997) показал, что индивидуальное и семейное КБТ вмешательство при легкой и средней степени тяжести ОКР — сравнительно эффективна в комбинации с фармакотерапией в отличие от фармакотерапии, даже после окончания лечения в долгосрочной перспективе. Эта эффективность выше, чем у всех других исследуемых психотерапевтических методов. С другой стороны, в связи со значительной сложностью данной терапии 30—50 % пациентов от этой терапии либо отказываются, либо ее досрочно прекращают. КБТ ОКР может быть объединена с фармакотерапией (см. ниже), при этом установлено, что эту процедуру практически все больные проходят до конца. Недостаток в том, что при прекращении приема психофармакологических препаратов увеличивается частота рецидивов даже после нескольких лет их постоянного приема.

8.3.3. Лечение обсессивно-компульсивного расстройства

ОКР до 70-х гг. практически не поддавалось лечению. Возможности лечения этого заболевания были относительно небольшими. В последние 20 лет были обнаружены новые фармацевтические препараты и разработаны новые подходы в КБТ, которые значительно улучшили возможности лечения. В 70-х годах Майер впервые описал успешное бихевиоральное лечение двух больных, страдающих хроническим обсессивно-компульсивным расстройством. В своем бихевиоральном подходе он основывался на животных моделях компульсий, которые показали, что ритуальные действия являются формой избегающего поведения. Он использовал запрет ритуального действия во время лечебного сеанса. В тот же период Рахман разработал метод лечения для ОКР, основная часть которого состояла из дифференцированной экспозиции по отношению к ситуациям, вызывающим обсессии. Позднее эти направления были объединены в современный подход с использованием, как экспозиций, так и запрета выполнения ритуальных действий. Недавно его эффективность была повышена путем добавления когнитивных методов — прямой работы с навязчивыми мыслями и дисфункциональными когнитивными схемами. Аналогичный перелом был достигнут в фармакотерапии ОКР. В конце 70-х гг. была описана высокая эффективность кломипрамина. В настоящее время перспективы фармакотерапии являются гораздо более оптимистичными, так как количество препаратов увеличилось, благодаря селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС): сертралина, пароксетина, флуоксетина, флувоксамина, циталопрама, эсциталопрама и СИОЗСН — венлафаксина. Антидепрессанты эффективны примерно у 60—70 % пациентов. Самостоятельная КБТ имеет схожую эффективность — около 70 %.

Фармакотерапия

При лечении симптомов эффективными являются психофармакологические препараты, влияющие на серотонинергическую систему. Большинство исследований показывают, что такое лечение способствует снижению симптомов у 65—70 % больных.

Таблица 8.20. Основные рекомендованные дозы антидепрессантов при лечении ОКР (Hollander, Simeon, Gorman, 1999)

Медикаментозное лечение	Акутное лечение			Поддерживающее лечение
	Начальная доза (мг/день)	Средняя доза (мг/день)	Максимальная доза (мг/день)	Средняя доза (мг/день)
Кломипрамин	25	150—200	250	150
Сертралин	50	50—200	200	50—200
Флувоксамин	50	150—200	300	150
Пароксетин	10—20	40—60	60	40
Флуоксетин	10—20	20—60	80	20—40
Циталопрам	10—20	20—60	60	20—40
Венлафаксин	75	150-225	225	150—225

У 40—60 % пациентов не происходит достаточного снижения симптомов, либо полной ремиссии симптомов (Goodman и соавт. 1993). Поэтому необходимо искать другие пути — использование психотропных препаратов, которые кроме серотонина, оказывают влияние и на другие нейротрансмиттерные системы или вторичные мессенджеры. Не так и много сегодня возможностей оказать влияние на резистентную симптоматику. Мы можем попробовать изменить антидепрессант, увеличить дозу, или использовать какую-либо другую стратегию лечения.

Другая распространенная проблема при ОКР — остаточные симптомы (даже у пациентов, которые хорошо реагируют на общую терапию) и коморбидные симптомы, которые также необходимо учитывать в процессе лечения.

Лечение ОКР отличается от лечения депрессии в двух основных аспектах — крайне важна более высокая доза антидепрессантов и большая продолжительность приема (как до появления первых результатов, так и во время всего лечения). Поскольку после прекращения медикаментозного лечения в течение одного года у 90 % пациентов происходят рецидивы (Pato и др., 1988), то долгосрочное, а иногда и пожизненное лечение крайне необходимо (Kaplan и Hollander, 2003).

Более 35 % пациентов, несмотря на все усилия, реагируют на лечение недостаточным образом. Среди наиболее распространенных предикторов, связанных с нарушением терапевтической реакции на лечение, наблюдается более высокая частота и интенсивность симптомов: «очищающие» ритуалы (мытье рук и пр.) и ритуалы, связанные с накоплением (бумаг, вещей и пр.), отягощённый семейный анамнез или вовлечение семьи в ритуалы, психическое расстройство на оси II (особое расстройство личности), возникновение заболевания в молодом возрасте, длительная продолжительность и хронификация, большее количество госпитализаций и наличие тикового расстройства (Pigott и Seay, 1997).

О рефрактерном (резистентном) ОКР мы говорим тогда, когда после адекватного медикаментозного лечения и при КБТ нет значительного улучшения симптоматики. Адекватное лечение должно представлять собой минимальный период 10—12 недель, прием максимально переносимой дозы кломипрамина или СИОЗС, или минимум 20—30 часов экспозиций плюс запрет реакции в КБТ. Такие длительные интервалы необходимы для проверки эффективности препарата из-за того, что около 20 % пациентов реагирует на антидепрессант только после

8 недель его приема, и одинаковый процент пациентов — на второй испытываемый препарат — СИОЗС (Albert и соавт., 2002). Некоторые авторы склоняются к еще большему ожиданию и говорят, что в первые 10—12 недель возникает первоначальная реакция, и максимального эффекта можно ожидать даже через полгода или больше. Базовая рекомендованная доза психотропных препаратов при обсессивно-компульсивном расстройстве показана в таблице 5.

При лечении резистентных форм ОКР используется комбинация, а в случае необходимости аугментация других фармацевтических препаратов. Наиболее обнадеживающие результаты до настоящего времени описаны в случае аугментации антипсихотических препаратов. Пимозид (McDougle и др., 1990.), галоперидол (McDougle и др., 1994.), рисперидон (McDougle и др., 2000.), оланзапин (Bogetto и др., 2000.) и кветиапин, (Mohr и д., 2002; Atmaca и др., 2002) с добавлением их к существующему медикаментозному лечению с помощью СИОЗС, являются эффективными аугментационными средствами.

Психотерапия *Психоанализ или другие формы динамической терапии.* Эти направления основаны на предположении, что обсессии и компульсии являются лишь симптомами скрытых, бессознательных проблем. Целью терапии является открытый разговор с пациентом о его проблемах, раскрытие этих проблем и их решение. Также важна связь, возникающая между пациентом и терапевтом. Считается, что эти отношения играют серьезную роль как в возникновении конфликтов и воспоминаний, так и при их решении. Пациент может быть на терапии два раза в неделю и даже чаще, в течение 2—3 лет. Результаты этого вида терапии, однако, не являются достаточными в случае ОКР. Иногда регулярные сеансы психотерапии помогают лучше понять свои проблемы, или получить более оптимистичный взгляд на жизнь, но на появление и присутствие обсессий и компульсий психотерапия обычно не влияет.

Групповая терапия. До настоящего времени не существует убедительных доказательств, что динамическая групповая терапия может играть при лечении обсессивно-компульсивных пациентов какую-либо особенную роль, кроме общей поддержки. Поддерживающие группы для пациентов являются полезными, если используются в качестве дополнения к индивидуальной КБТ. Члены семьи пациентов также могут быть включены в поддерживающие группы.

8.3.4. КБТ подход при обсессивно-компульсивном расстройстве

Систематическое применение КБТ при ОКР стало развиваться в середине 60-х гг. в Англии. Лондонский психолог Виктор Мейер начал лечить пациентов с помощью компульсивных ритуалов таким способом, что ставил больного в ту ситуацию, которая вызывает у него тревогу и запускает его компульсивное побуждение, а затем предотвращал выполнение пациентом его компульсивного поведения. Сегодня это основной метод лечения при ОКР. Основной акцент сделан на экспозицию и запрет выполнения ритуальных действий. Во время экспозиции пациенты постепенно воздействуют на все пугающие ситуации и навязчивые мысли, и при запрете ритуалов на основе точно определенных условий пытаются управлять своими компульсиями, а также бороться с тревогой иначе, чем посредством выученного компульсивного поведения. В идеальном варианте терапия длится 2—3

месяца. В самом начале терапии необходимо повторять сеансы (каждый продолжительностью 1—2 ч) 5 раз в неделю.

8.3.4.1. КБТ обследование при обсессивно-компульсивном расстройстве

Многие пациенты никогда не обращаются к врачу со своим расстройством, а если и обращаются, то не лечатся из-за депрессии, которая часто сопутствует ОКР, или по причине кожных высыпаний на руках, которые вызваны частым компульсивным мытьем. Даже потом они не признаются спонтанно в своих проблемах, в основном, из-за своего стыда. Для удержания в терапии хотя бы 80 % пациентов достаточно задать всего несколько скрининговых вопросов:

1. Брезгуете ли вы грязью, инфекциями, или боитесь загрязнения/заражения микробами?
2. Заботитесь ли о том, чтобы очиститься или защититься от грязи?
3. Вынуждены ли вы мыть руки несколько раз подряд?
4. Вынуждены ли вы все время считать количество предметов или считать свои действия?
5. Вынуждены ли вы неоднократно проверять, например, выключили ли вы газ, электрическую плиту, водопроводные краны, закрыли двери и подобное?
6. Присутствуют ли у вас мысли, которые автоматически навязываются, и вы не в состоянии избавиться от них?
7. Бываете ли вы вынуждены сосредоточиться на симметрии или правильном порядке?
8. Приходят ли вам в голову агрессивные мысли или мысли с сексуальным или кощунственным содержанием, от которых хотите избавиться (отказаться?), а они, несмотря на это, повторно возникают?

Вводный разговор при КБТ проводится на основании общей схемы, изложенной в общей части монографии. Введение начинается с открытых вопросов: «Можете ли вы сказать мне, какие проблемы беспокоят вас в последнее время?» Затем терапевт фокусируется на том, каким образом эта проблема затронула жизнь пациента в течение последней недели. Как только терапевт получит общее представление о текущем состоянии проблемы, он сосредоточится на последнем конкретном ее проявлении. Терапевт должен попытаться найти возможные функциональные связи между событиями, которые, как правило, имеют тенденцию вызывать определенные мысли или поведение. Если обсессивная проблема обширна, и пациент имеет тенденцию пространно описывать все обстоятельства, целесообразно направлять разговор следующими высказываниями: «В частности, меня интересует, какие неприятные мысли вам приходят в голову, и что именно вы из-за этих мыслей вынуждены делать». Обсессии могут принимать форму навязчивых представлений (ментальных образов) и принуждения (чувство принуждения выполнить то, что человек, на самом деле, выполнять не хочет), и, следовательно, мы должны спросить об этом пациента.

Процесс обследования (в соотв. с Salkovskis, 1989)

Общее описание проблемы Открытые вопросы. Последние конкретные примеры, описанные в хронологическом порядке. Описание ситуации, в которой наиболее часто и наиболее редко появляются навязчивые мысли, поиск функциональных отношений («возбудителей» и поддерживающих факторов). ***Подробное и конкретное описание и бихевиоральный анализ 1) Когнитивный и субъективный*** Форма навязчивых мыслей: мысли, представления или импульсы (принуждение). Содержание навязчивых мыслей. Когнитивные факторы, которые вызывают навязчивые мысли (например, другие мысли). Когнитивная нейтрализация (ментальный контроль или «исправление»). Когнитивное избегание. Испытываемое отчуждение и субъективное сопротивление по отношению к навязчивым мыслям.Абсурдность. ***2) Эмоциональный*** Характер изменения настроения, связанный с навязчивыми мыслями (депрессия, беспокойство, дискомфорт); характер отношений, то есть, если изменения в настроении предшествуют или следуют за навязчивыми мыслями (или, и то и другое). ***3) Бихевиоральный*** Возбудители навязчивых мыслей. Очевидное избегание (игнорирование) ситуаций, в которых могут появиться обсессивные мысли, идеи.Очевидное активное избегание; поведение, которое должно предотвратить появление навязчивых мыслей. Очевидное ритуальное поведение. Просьба о заверении, просьба, чтобы другие выполнили задачи, которые могли бы привести больного к навязчивым мыслям. ***4) Физиологический***Возбудители. Физиологические изменения, вызванные навязчивыми мыслями.*Обратная сторона проблемы* История. Развитие этой проблемы и ее компонентов (навязчивых мыслей, нейтрализации и избегания). Степень ограничения в области занятости, сексуальной, социальной и семейной жизни. Важные отношения. Преимущества и недостатки изменения. *Бихевиоральные тесты* В клинической среде.В ключевых ситуациях. *Прямое наблюдение* Со стороны родственников.Во время визитов пациента, у него дома. *Анкеты* Список обсессивно-компульсивной деятельности (Maudsley) Список компульсивной деятельности.Шкала депрессии Бека. Шкала тревоги Бека. Самонаблюдение.Ежедневная запись настроения, мыслей, ритуалов, побочных продуктов

Обследование включает подробный клинический разговор, самонаблюдение, домашние задания и непосредственное наблюдение. Основными целями обследования:

1. согласовать список проблем;
2. создать психологическую формулировку каждой проблемы, включая предрасполагающие факторы, провоцирующие факторы и текущие поддерживающие факторы;
3. оценить пригодность психотерапевтического лечения;
4. создать измеритель для оценки прогресса.

При КБТ принято, что обследование и терапия взаимно переплетаются. Самый важный компонент обследования — реакция пациента на экспозицию (без нейтрализации), как во время сеанса, так и в период между сеансами и выполнением домашнего задания. Детальное обследование имеет решающее значение при лечении ОКР. После того, как удастся прояснить взаимосвязи между возбуждающими стимулами, мыслями, нейтрализующим действием и избегающим поведением, терапевт может быстро разработать и реализовать с пациентом определенные шаги лечения.

Факторы, определяющие пригодность для лечения

Важным фактором является готовность пройти терапию. Лечение зависит от взаимного сотрудничества терапевта с пациентом. В то же время от пациента ожидается активное участие в процессе лечения. С ненадлежащим сотрудничеством можно попытаться справиться с помощью когнитивных методов. Но если

пациент отказывается принимать активное участие в лечении, несмотря на то, что терапевт обсудил с ним его опасения и возражения, то маловероятно, что лечение будет эффективным, и начинать его бессмысленно (Salkovskis и Warwick, 1988).

При принятии решения о целесообразности лечения мы исходим из того, является ли обсессивная проблема первостепенной, или является второстепенным сопровождением другого психиатрического или органического заболевания, а также из того, готов ли пациент пройти лечение. Если существуют данные о том, что обсессивная проблема возникла непосредственно после начала или во время развития другого психического заболевания, которое все еще сохраняется, то назначается лечение этого основного заболевания (особенно, если речь идет о депрессии, БАР или шизофреническом расстройстве). Важно проверить диагноз тех пациентов, у которых ранее была диагностирована шизофрения. Иногда больных, страдающих тяжелой формой обсессивного расстройства, называют «психотиками», хотя это не оправдано ничем другим, кроме как тяжестью заболевания. В редких случаях необходимо исключить органическое заболевание, когда наблюдается первостепенная обсессивная медлительность и примитивные механические компульсии, и пациент не в состоянии объяснить их смысл.

Разговор с родственниками

Если частью навязчивых мыслей пациента или его ритуальных действий является семья, то она должна быть вовлечена в процесс лечения. Как правило, мы проводим разговор с родственниками в присутствии пациента. В этот момент терапевту необходимо быть очень чутким в связи с необычным поведением пациента.

8.3.4.2. Оценка и измерение обсессивно-компульсивного расстройства

При обследовании терапевт получает от пациента подробную информацию обо всех его проблемах. На этом этапе терапевт также исследует и обсуждает позицию пациента по отношению к его собственным проблемам, а также подробно объясняет ему смысл лечения. Затем терапевт и пациент должны совместно обсудить актуальность каждой проблемы и решить, на каких компульсиях они должны сосредоточиться при лечении в первую очередь. Терапевт просит пациента перечислить все ситуации и объекты по каждой проблеме, которые вызывают обсессии или приводят к компульсивным ритуалам. Этот список должен быть составлен на основании того, насколько пациенту трудно противостоять этим ситуациям. Обычно, мы делаем это таким образом, что пациент оценивает по шкале 0—100, насколько сильное чувство дискомфорта вызывает в нем эта ситуация (0 означает отсутствие беспокойства, 100 означает высокую тревогу или чувство дискомфорта). Подобную шкалу мы можем использовать для оценки интенсивности компульсивного принуждения, где 0 означает отсутствие принуждения, а 100 обозначает чрезвычайно высокое, непреодолимое принуждение:

Позиция	**Чувство дискомфорта (0—100 %)**	**Интенсивность компульсивного принуждения (0—100 %)**
Использовать общественные туалеты	**100**	**100**
Дотронуться до сидения туалета в больнице	**95**	**100**
Дотронуться до внутренней стороны контейнера	**95**	**95**
Дотронуться до внутренней стороны мусорного ведра на улице	**95**	**90**
Присесть в больнице на сидение туалета, не обкладывая его бумагой	**95**	**85**
Дотронуться до внутренней стороны мусорного ведра у себя дома	**90**	**85**
Поднять что-либо с пола в туалете у себя дома	**80**	**85**
Дотронуться дома до унитаза	75	70
Дотронуться кухонного мусорного ведра с внешней стороны	70	70
Поднять что-либо с пола на кухне	70	65
Подать руку чужому человеку	65	65
Воспользоваться общественным телефоном	60	50
Дотронуться до поручня в трамвае	55	50
Дотронуться до дверной ручки в общественном месте	55	45
Дотронуться до сдачи денег, полученной в магазине	50	35

Анкеты

Анкеты обсессивного поведения. Анкеты для оценки тяжести ОКР обычно используются для быстрого получения повторных сопоставимых данных во время лечения. Самым подходящим является список обсессий и компульсий Моудсли (Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory; Rachman и Hogson,1980). Наиболее используемые оценочные шкалы включают Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; Clomipramine Collaborative Study Group, 1991).

Самонаблюдение

Мы начинаем самонаблюдение как можно скорее после начала обследования и лечения. Самонаблюдение — часть домашней работы и предоставляет подробную информацию о проблеме и полезный индикатор прогресса. Мы можем попросить пациента контролировать целый ряд данных в зависимости от того, каких трудностей касается его проблема. Чаще всего мы наблюдаем за следующими переменными:

Ежедневная запись навязчивых мыслей

Проводится в самой простой форме, мы наблюдаем за их частотой.

Ежедневная запись компульсивного поведения

(Например, время, затраченное на проведение ритуальных действий). Эту запись мы часто сочетаем с записью мыслей. Здесь может помочь секундомер, если проблема заключается в обсессивной медлительности. Мы просим пациента записать в дневник, сколько времени он тратит на выполнение каждого ритуала. Эти данные особенно полезны в случае, когда ритуалы связаны с повседневной

деятельностью, такой, как прием пищи или использование туалета. В некоторых случаях бывает предпочтительным записывать частоту ритуального действия.

Оценка степени неприятных ощущений, побуждения к нейтрализации, тяжести депрессии и тревоги

Эти данные часто являются очень важными. Они дают нам информацию о том, как во время экспозиции меняются субъективные реакции, как на самом сеансе, так и в период между сеансами.

Побочные продукты деятельности

Это данные, которые косвенно показывают нам степень компульсивного поведения путем наблюдения за его последствиями. Мы можем, например, контролировать потребление туалетной бумаги, количество использованного мыла или моющих средств за неделю.

8.3.4.3. Проблемы и цели, план лечения при обсессивно-компульсивном расстройстве

Совместно с пациентом мы должны составить план лечения, определить с ним кратко-, средне- и долгосрочные цели. Все экспозиции необходимо заранее обсудить и подчеркнуть тот факт, что пациенту не нужно беспокоиться о разных «сюрпризах». Для человека с навязчивым страхом пестицидов долгосрочная цель состояла в том, чтобы быть в состоянии самостоятельно распылить удобрения на свой газон и после этого не помыть руки (Salkovskis, 1989). На первые 10 дней главная задача состояла в том, что пациент должен был держать в руках мешки с пестицидами определенное время, а затем прикасаться к вещам в квартире, без последующего мытья рук или предметов, к которым он непосредственно прикоснулся. Краткосрочная цель на первую неделю состояла в уборке всех газет с пола квартиры, без избегающего поведения и без мытья рук в течение часа после выполнения данного действия. Каждую неделю заново устанавливалась краткосрочная цель.

Выбор начальных задач и последовательности, в которой мы будем заниматься отдельными проблемами, во многом зависит: от решимости пациента, от степени его ограничений, которые вызывает у него данная проблема, от ситуации, в которой эта проблема возникает в его повседневной жизни, от готовности больного выполнить определенную задачу. Принципиально, что экспозиция должна начаться с задачи, которая может быть с легкостью перенесена на экспозицию в естественных условиях — ни у одного пациента невозможно заранее определить, когда его неприятное чувство начнет снижаться. По этой причине начальная задача должна привести лишь к умеренной степени дискомфорта. Выбранная задача должна иметь какое-либо положительное значение для повседневной жизни пациента таким способом, чтобы достигнутый успех привел к подкреплению нового поведения.

8.3.4.4. Терапевтические вмешательства при обсессивно-компульсивном расстройстве

КБТ ОКР назначается и проводится с учетом индивидуальных особенностей пациента. Можно определить несколько основных шагов, которые проходит большинство пациентов:

Шаги КБТ при ОКР

1) Ориентация и образование
• Модель КБТ при ОКР, основанная на симптомах пациента;
• образование о лечении;
• руководство по ОКР.
2) Оценка
Список обсессий, компульсий, избегающего и защитного поведения, вегетативных реакций; Ежедневные записи обсессий и компульсий;Список возбудителей.
3) Когнитивная реструктуризация
• объединить эмоциональные реакции и последующие компульсии с обсессиями;
• определить обсессии и их отношение к возбудителю;
• определить метакогниции и когнитивные схемы;
• проверить действие обсессий и метакогниций;
• создать рациональный ответ;
• проверить действие метакогниций;
• проверить когнитивные схемы.
4) Экспозиции с запретом действия
• создание иерархии;
• экспозиции в воображении/моделирование;
• экспозиции в естественных условиях путем запрета выполнения ритуала;
• награды.
5) Планирование времени
6) Решение проблем
7) Профилактика рецидивов

Образование

Большинству пациентов приносит огромное облегчение тщательное знакомство с собственным расстройством и его лечением (Prašková и др., 1996; Praško и др., 2003). В конце первого разговора (который, как правило, длится 1—2 часа) терапевту следует прийти к предварительной формулировке характера и масштаба этой проблемы. Эту формулировку следует обсудить с пациентом, чтобы затем ему можно было пояснить смысл дальнейшего лечения. Например (Salkovskis, 1989):

«Из того, что вы мне рассказали, мне кажется, что у вас присутствует психическая проблема, которая называется обсессивно-компульсивное расстройство. Для этой проблемы характерно, что человек больше, чем обычно, замечает неприятные мысли и сильно беспокоится из-за их наличия. В вашем случае эти мысли касаются микробов и опасений, что вы могли бы передать эти микробы другим членам семьи. Вы знаете, что это маловероятно, но не хотите рисковать, если существует способ, чтобы это предотвратить. Вот почему вы начали часто мыть все вещи. Также вы перестали прикасаться к своим детям, начали мыть руки на протяжении целого часа и избегать всего, что, по вашему мнению, может так или иначе быть связано с раком. К сожалению, каждая из этих мер удовлетворяла вас лишь на короткий период, поэтому, со временем, ваши проблемы усугублялись и ваши мысли и связанное с ними поведение становились для вас все большей проблемой. Именно это, как правило, происходит у подобного типа расстройства — чем больше вы пытаетесь справиться с проблемой с помощью какого-либо избегающего поведения, тем более реальной она вам кажется, и тем больше эти неприятные мысли поселяются у вас в голове. Считаете ли вы, что то, что я сказал, соответствует вашему опыту?»

После возможных поправок со стороны пациента терапевт объясняет смысл дальнейшего лечебного процесса:

«Лучший способ противостоять таким неприятным мыслям — это привыкнуть к ним без выполнения таких действий, как мытье рук и избегание определенных вещей. Это выгодно по нескольким причинам: постепенно вы привыкнете к тем вещам, которые вас пугают, вы заново начнете жить в нормальном режиме и осознаете, что то, чего вы больше всего боитесь, на самом деле никогда не случится. Основная часть лечения направлена на то, как вам помочь это реализовать, чтобы попасть в более тесный контакт с тем, что вас беспокоит, пока вы к этому не привыкнете. Важно найти способ предотвратить частое мытье рук и устранить избегающее поведение для того, чтобы убедиться, что то, чего вы так боитесь, на самом деле никогда не случится. Практика данного действия у вас вначале вызовет тревогу, но затем вы обнаружите, что чувство тревоги постепенно спадает и, как правило, быстрее, чем вы ожидаете. Что вы думаете по поводу этого способа лечения?».

В ходе дискуссии с пациентом необходимо подчеркнуть важность, как самоконтроля, так и взаимного сотрудничества во время лечения. Терапевт предупреждает, что самую главную терапевтическую работу пациент будет выполнять дома самостоятельно, особенно в ситуациях, в которых обычно возникает данная проблема. Пациенту будет предложено выразить свои возможные опасения или страх относительно лечения и обсудить этот вопрос вместе. В большинстве случаев можно предложить пациенту лимитированную терапию (20 сеансов), в зависимости от тяжести и продолжительности проблемы. Этот лимит может быть изменен в зависимости от прогресса во время лечения.

Запись симптомов

Пациент учится надлежащим образом измерять и записывать свои симптомы и успехи. Мы потребуем от пациента проводить ежедневную запись обсессий и компульсий, их начало, интенсивность и частоту. Нужно постараться, чтобы запись была простой и не стала следующей компульсией.

Когнитивная реструктуризация

В когнитивной реструктуризации пациент пытается понять взаимосвязь между симптомами, направлением своего внимания на обсессии и необходимостью проведения ритуальных действий. У некоторых людей не возникает трудностей с идентификацией своих навязчивых мыслей с самого начала терапии. Другие нуждаются в некотором обучении, прежде чем они смогут с точностью найти такие мысли, которые связаны с чувством тревоги. Трудности с распознаванием мыслей могут быть по нескольким причинам. Во-первых, АНМ являются настолько распространенными и очевидными, что они совсем не привлекают к себе внимание. Во-вторых, при тревоге важную роль часто играют визуальные образы. Эти мысли могут быть очень короткими (длятся менее 1 секунды), и поэтому их трудно заметить и запомнить. Когда в уме появляется представление или мысль, предсказывающая определенную катастрофу, большинство людей, страдающих ОКР, немедленно пытаются подавить эту мысль или представление с помощью компульсии, будь то в поведении или в уме. Таким образом больные предотвращают детальное

логическое исследование данной навязчивой мысли, так что им трудно осознать впоследствии точное содержание мыслей, которые связаны с их тревогой.

При идентификации нам может помочь запись обсессий и компульсий, как приведено в нижеуказанной таблице. Заголовок записи служит в качестве руководства. С помощью записи можно научиться:

- определять навязчивые мысли;
- определять ситуации, в которых они появляются;
- определять неприятные эмоции;
- определять навязчивые мысли, которые предшествовали неприятным эмоциям;
- определять компульсии или другое нейтрализующее поведение.

Ежедневная запись обсессий и компульсий

Дата	**Ситуация**	**Обсессии**	**Эмоции**	**Компульсии**
Вторник 7.3.	Чем я занималась?	О чем именно я думала? (Насколько я в это верю)	Что я чувствовала? Насколько сильно? (0—100 %)	Что я сделала, для того, чтобы снизить напряжение? Количество? Продолжительность?
7:30	Я была в туалете. Я дотронулась рукой до унитаза	Я заразилась! Я заражу всю семью! Мне необходимо помыться! (верю всему на 100 %)	Страх 80 %, Напряжение 90 %, Побуждение выполнить ритуальное действие 100 %.	Мытье рук до уровня плеч 25 раз Дезинфекция аятином 45 минут
9:00	Экспозиция: В автобусе я дотронулась до поручня	Я заражена! Что, если до поручня дотронулся кто-нибудь, у кого СПИД? Мне необходимо помыть и продезинфицировать руки	Страх 90 %, Беспомощность 80 %, Побуждение 90 %	Компульсии не произошло: Я не помылась. Следующие 2 часа я чувствовала напряжение, затем оно немного спало!

Следующий шаг — проверка достоверности навязчивых мыслей. Большинство людей, страдающих ОКР, в начале лечения испытывают чувство, что навязчивые мысли отражают абсолютную правду — для больных они на 100 % правдивы. Подобным образом, большинство людей, страдающих ОКР, считают, что их поведение имеет рациональную основу, хотя оно немного преувеличено. Для тестирования используются обычные вопросы, указанные в общей части учебника.

Тестирование навязчивых мыслей с помощью вопроса: Что свидетельствует «за», а что «против» моего вывода?

Навязчивая мысль: «ТОЛКНУ ЭТОГО РЕБЕНКА ПОД ПОЕЗД МЕТРО!»	
Что свидетельствует «за»?	**Что свидетельствует «против»?**
Эта мысль мне часто приходит в голову!	Хотя у меня неоднократно возникала такая мысль, я никогда не навредил ни одному ребенку
У меня сильное напряжение, я боюсь, что не смогу себя контролировать!	Хотя у меня есть напряжение, но только из-за этой мысли, потому что я боюсь ее. Тем не менее, у меня никогда не было такой ситуации, чтобы я не мог себя контролировать
Так нормальные люди себя не ведут, и такие мысли у них не возникают. Я, наверное, сошел с ума, раз у меня появляются такие мысли	Я не знаю, приходят ли другим людям в голову такие мысли. Но врач сказал мне, что они возникают и у других людей. Их называют контрастными суждениями

Я злой, если у меня возникают такие мысли	Это всего лишь навязчивые мысли, в действительности, я не хочу сделать ничего плохого, наоборот, мне от этого становится страшно
Рациональный ответ: «Я боюсь, что столкну ребенка под поезд метро, но это всего лишь моя навязчивая мысль. Причин для того, чтобы я это сделал, у меня нет. Наоборот, ничего подобного я, на самом деле, не хочу сделать»	

Для качественного освоения когнитивной реструктуризации необходимо работать с рациональными ответами ежедневно, в различных ситуациях, которые вызывают навязчивые мысли. Для ежедневных упражнений в качестве вспомогательного материала может служить «Ежедневная запись обсессий и компульсий»:

Ежедневная запись обсессий и компульсий

Время	Ситуация	Обсессии	Эмоции	Компульсии	Рациональная реакция на обсессию	Результат
Вторник 7.3.	Что я делала? О чем я думала?	Что мне в действительности приходило в голову? (Насколько я в это верю?)	Что я чувствовала? Насколько сильно? (0—100 %)	Что я сделала для снижения напряжения? Количество? Продолжительность?	Каков будет разумный ответ на эту автоматическую мысль?	Насколько я сейчас верю в обсессию? Как я себя сейчас чувствую? Что я сделаю в следующий раз?
7:30	Я была в туалете. Я дотронулась рукой до унитаза	Я заразилась! Я заражу всю семью! Мне необходимо помыться! (всему на 100 %)	Страх 80 %. Напряжение 90 %. Побуждение выполнить ритуальное действие 100 %	Мытье рук до уровня плеч 25 раз. Дезинфекция аятином 45 минут	Вероятность того, что я смогу заразиться после прикосновения к унитазу, является очень низкой. Еще меньше вероятности, что я заражу свою семью. После туалета, необходимо помыть руки, но только в течение 2 минут	1. 1) 60 % 2) 20 % 3) 70 % 2. Я виновата, что выполнила компульсии. 3.Я постараюсь не выполнять компульсии
9:00	Экспозиция: В автобусе я дотронулась до поручня	Я заражена! Что, если до поручня дотронулся кто-нибудь, у кого СПИД? Мне необходимо помыть и продезинфицировать руки	Страх 90 % Беспомощность 80 % Побуждение 90 %	Компульсия не произошла: Я не помылась. Следующие 2 часа я чувствовала напряжение, затем, оно немного спало!	Все дотрагиваются до поручней и не боятся инфекции. СПИД, по словам врачей, не распространяется через прикосновение к какому-либо предмету. Это представление очень противно и не соответствует реальности. Я все равно думаю, что у меня возникнет небольшое беспокойство	1. 1) 40 % 2) 10 % 3) 10 % 2. Лишь немного напряжена, но очень рада, что я смогла это сделать 3.Повторяю это снова в других ситуациях. Снова продумать работу с мыслями и оценить свои собственные мысли

Когнитивная реструктуризация на уровне работы с автоматическими мыслями сама по себе является недостаточной для того, чтобы справиться с обсессиями и компульсиями, но служит важным дополнением экспозиционной терапии и за-

прета выполнения ритуального действия. Иногда когнитивная реструктуризация может быть контрпродуктивной — становится новой компульсией. В этом случае пациенту необходимо прекратить выполнять когнитивную реструктуризацию и заниматься только экспозиционной терапией и запретом ритуального действия. С другой стороны, когнитивная реструктуризация в большей степени подходит для изменения так называемых метакогниций — т. е. мыслей, чем для работы с навязчивыми мыслями:

Ежедневная запись обсессий и компульсий — оценка метакогниций

Время	**Ситуация**	**Обсессии**	**Эмоции**	**Компульсии**	**Рациональная реакция на обсессию**	**Результат**
Вторник 7.3.	Что я делала? О чем я думала?	Что мне, в действительности, приходило в голову? (Насколько я в это верю?)	Что я чувствовала? Насколько сильно это ощущала? (0—100 %)	Что я сделала для снижения напряжения? Количество? Продолжительность?	Каков будет разумный ответ на эту автоматическую мысль?	Насколько я сейчас верю этой обсессии? Как я себя сейчас чувствую? Что я сделаю в следующий раз?
8:15	Я с маленькой Юлей стояла у окна. Мне пришло в голову: «Что, если я выброшу ее?»	**Обсессии:** Что, если я Юлю выброшу из окна? **Метакогниции:** Я ужасная мать, монстр, если я думаю о подобном. **Метакогниции:** Хорошо, что я думаю об этом, по крайней мере, я не буду подходить к окну; если бы я об этом не подумала, могла бы это сделать машинально. А теперь, я буду очень осторожной.	Страх 90 % Гнев на себя 90 % Успокоение 40 %	Отошла от окна, уложила Юлю спать и помолилась. Думала о том, какое я чудовище и о том, что свидетельствует «за» эту мысль. Думала о том, в каких еще ситуациях я могу навредить Юле, и чего еще мне необходимо избегать.	Такая мысль мне приходила в голову много раз, но я все равно не навредила Юле, это просто обсессия. Я не хочу ни о чем таком думать, это происходит против моей воли. Наоборот, я боюсь, чтобы с Юлей ничего не случилось. Я ее очень люблю. Если я буду себя обвинять и избегать этих мыслей, они будут приходить мне в голову еще чаще. Не хочу себя больше пугать тем, что еще могу совершить, когда я ничего не хочу совершать. Для начала, наверное, будет необходимо привыкнуть к этим мыслям, а если я буду отгонять их от себя, они все равно вернутся	Той мысли, что я могу выбросить Юлю из окна, я уже не особо верю. Страх от этой мысли у меня, примерно на 20 %, а тому факту, что я считаю себя за такие мысли чудовищем — верю на 30 %. Тому, что мои навязчивые мысли помогут мне избежать агрессивного поведения, я особо не верю. Кроме того, я не доверяю самим обсессиям и не думаю, что в действительности хочу обидеть Юлю. Сейчас я чувствую себя гораздо лучше. Прямо сейчас я возьму Юлю на руки и пойду смотреть в окно

Последний шаг когнитивного реструктурирования — работа с когнитивными схемами и их аккомодацией (см. общую часть учебника).

Экспозиция в естественных условиях

До начала проведения экспозиции необходимо составить список всех ситуаций и видов деятельности, которых пациент избегает и которые вызывают обсессии, и сгруппировать их по степени эмоционального дискомфорта (тревоги, стресса), который они вызывают, от самых худших до тех, которые лишь немного неприятны. Мы начинаем экспозицию с пунктов, которые находятся в нижней половине списка, и, постепенно, переходим к тем пунктам, которые находятся выше. Пациент должен воздействовать на соответствующую ситуацию или раздражитель до тех пор, пока его тревога спонтанно не снизится (что изначально может занять и 3 часа). Поэтому, при экспозиции, мы должны неоднократно уточнять меру напряжения пациента по шкале «субъективных единиц», например, 0—100, и записывать процесс дискомфорта на графике. Вначале необходимо повторять экспозицию несколько раз в неделю, пока не станет ясно, что определенная ситуация стала вызывать у пациента меньший дискомфорт, и что данная тревога снижается быстрее. Терапевт в рамках сеанса служит в качестве модели, это означает, что он воздействует на ту же ситуацию или раздражитель, что и пациент, например, терапевт обеими руками дотрагивается до пола, затем этими «грязными» руками дотрагивается до своей одежды, своего тела и лица.

Как только пациент будет в состоянии обойтись без выполнения ритуального действия и лишь с небольшим чувством дискомфорта справится с экспозицией в соответствии с конкретным пунктом из списка, мы переходим к следующему пункту в списке, который находится выше. Цель экспозиции состоит в том, чтобы пациент был в состоянии воздействовать на верхний пункт из списка и смог достичь снижения дискомфорта без выполнения ритуального действия.

Экспозиция с запретом выполнения ритуального действия

Экспозиция с запретом выполнения ритуального действия — ключевой компонент терапии. На основании составленного плана мы начинаем с более легких экспозиций, а затем переходим к более тяжелым. Ограничиваем компульсии, поддерживаем достигнутый прогресс и, постепенно, переносим ответственность за планирование дальнейших шагов и лечение на пациента. Экспозиция является воздействием на раздражители, которые вызывают тревогу, в то время как запрет на выполнение ритуальных действий — поведение, при котором пациент пытается выдержать тревогу, вызванную навязчивыми мыслями или непосредственно раздражителем без дальнейшего выполнения ритуального действия. Цель такой экспозиции — не устранение тревоги, а попытка терпеть ее и справляться с ней без выполнения ритуальных действий.

Ввод в экспозицию

Обсессивные пациенты готовы вытерпеть даже высокую степень дискомфорта, если они считают, что лечение будет успешным. Жесткая позиция, дополненная пониманием неприятных ощущений, которые испытывает пациент, может помочь установить доверительные терапевтические отношения, ориентированные на способность выполнения определенных задач. Если на этой стадии не удастся создать оптимистичный и структурированный подход к лечению, впоследствии это будет очень трудно исправить. Пациенту необходимо заново повторить, в чем заключается смысл экспозиции:

«В начале этой программы, как правило, появляется определенное беспокойство. Это на самом деле важная часть лечения, потому что люди часто думают, что их беспокойство будет длиться постоянно и будет невыносимым. Во время лечения вы получите ценный опыт того, что тревога не поднимется до невыносимого уровня и, как правило, снизится быстрее, чем вы думаете. Иногда тревога начинает снижаться через 20 минут, но чаще от получаса до часа. Еще вы узнаете одну важную вещь, что после второй или третьей экспозиции, степень вашего дискомфорта будет постоянно снижаться. Это лучший показатель того, что лечение эффективно. Со временем вы будете в состоянии выполнять экспозицию таким способом и не испытывать неприятных чувств».

Симптомы тревоги и ее процесс необходимо обсудить с пациентом, но, в то же время, мы пытаемся убедить его, что поставленная задача абсолютно безопасна; мы, например, не будем заверять пациента в том, что пестициды вовсе не являются опасными. Экспозицию по отношению к раздражителям, возбуждающим страх, необходимо классифицировать по сложности таким образом, чтобы терапия не была для пациента настолько неприятной, чтобы он не смог продолжать ее выполнение. Лучше всего представить экспозицию путем показа пациенту такого поведения, которое мы от него ожидаем (наглядная демонстрация).

При поэтапном проведении экспозиции мы выделяет следующие фазы:

- определение целей;
- определение постепенных задач;
- практическое освоение задач.

Терапевт совместно с пациентом должен составить список ситуаций, которые вызывают у пациента обсессии, или которых он избегает, но хочет справиться без последующего выполнения ритуальных действий в своих мыслях или поведении. Эти ситуации они вместе группируют в соответствии с их сложностью.

Список целей

Самая трудная:
1. Сесть на сиденье унитаза в школе, не обкладывая его туалетной бумагой;
2. Прикоснуться к дверным ручкам в больнице и не пойти помыть руки. Этими руками затем дотронуться до своей одежды и ходить в ней весь следующий день, а также касаться этими руками волос и лица, и после этого не пойти помыться;
3. Присесть в трамвае (автобусе, метро) на сиденье, на котором ранее сидел человек, который мне неприятен, и прикоснуться к этому сиденью обеими руками. Затем не пойти помыться и не постирать одежду;
4. Стерпеть поглаживание партнера по волосам и телу, даже если он должным образом не помыл руки.

Самая легкая:
1. Присесть на сиденье унитаза у себя дома, не обкладывая его туалетной бумагой;
2. Прикасаться к дверным ручкам в школе без перчаток, а затем не пойти помыть руки;
3. Не пойти помыться после того, как до меня дотронется мой партнер, который пришел с улицы.

Когда цели упорядочены по сложности, задача состоит в том, чтобы определить ту цель, которую пациенту будет легче всего выполнить. Терапевт и пациент должны определить, с какого пункта они начнут экспозицию. Обычно, пациент готов попробовать самую тяжелую экспозицию, несмотря на свое чувство дискомфорта, которое у него вызывает данная ситуация. Если какая-то из целей яв-

ляется особенно срочной для достижения, мы можем начать прямо с нее. На этом этапе терапия направлена на достижение всего одной цели. Целью постепенного освоения является достижение хороших результатов, поэтому необходимо планировать задачи таким образом, чтобы у пациента был шанс достичь успеха в их выполнении. Каждая задача должна быть подробно описана:

Написание одного задания

Цель. Не пойти мыть руки после прикосновения ко мне друга, который пришел с улицы.
Задачи:
1. Если мой друг придёт к нам в гости сегодня вечером, не буду его заставлять пойти в ванную вымыть руки;
2. Я возьму обе его руки в свои ладони и подержу их;
3. Целый вечер не буду мыть руки

Так выглядит начало постепенного освоения задач, причем отдельные задачи могут по-разному меняться до тех пор, пока пациент не достигнет своей цели. В действительности, шаги постепенного обучения при наличии обсессий страха загрязнения и ритуалов умывания могут выглядеть следующим образом:

Шаги постепенного обучения при наличии навязчивых мыслей со страхом загрязнения

1. Дотрагиваться до дверных ручек в школе без перчаток, а затем не пойти мыть руки.
2. Ездить на транспортных средствах без перчаток.
3. Не пойти мыть руки после прикосновения моего друга, который пришел с улицы.
4. Не пойти мыть руки после прикосновения любого из родителей или сестры, которые пришли с улицы.
5. Присесть на сиденье унитаза у себя дома, не обкладывая его туалетной бумагой.
6. Прикоснуться к сидению унитаза, а затем к своей одежде у себя дома, и после этого не пойти мыть руки или сменить одежду.
7. Пойти в школьный туалет, дотронуться до обеих ручек, быстро помыть руки после туалета, но не после повторного прикосновения к внешним ручкам туалета.
8. Прикоснуться к дверным ручкам в больнице и не пойти помыть руки. Этими руками затем дотронуться до волос, лица и своей одежды, после чего не принять душ. В этой одежде ходить весь следующий день.
9. Присесть в трамвае (автобусе, метро) на сиденье, где до этого сидел человек, при виде которого я сильно брезгую, и прикоснуться к этому сиденью обеими руками. Не пойти мыться и стирать одежду.
10. Вынести поглаживание другом волос и тела, даже если он должным образом не вымыл руки. Заниматься с ним любовью и не запрещать ему поглаживать себя без предварительного мытья.

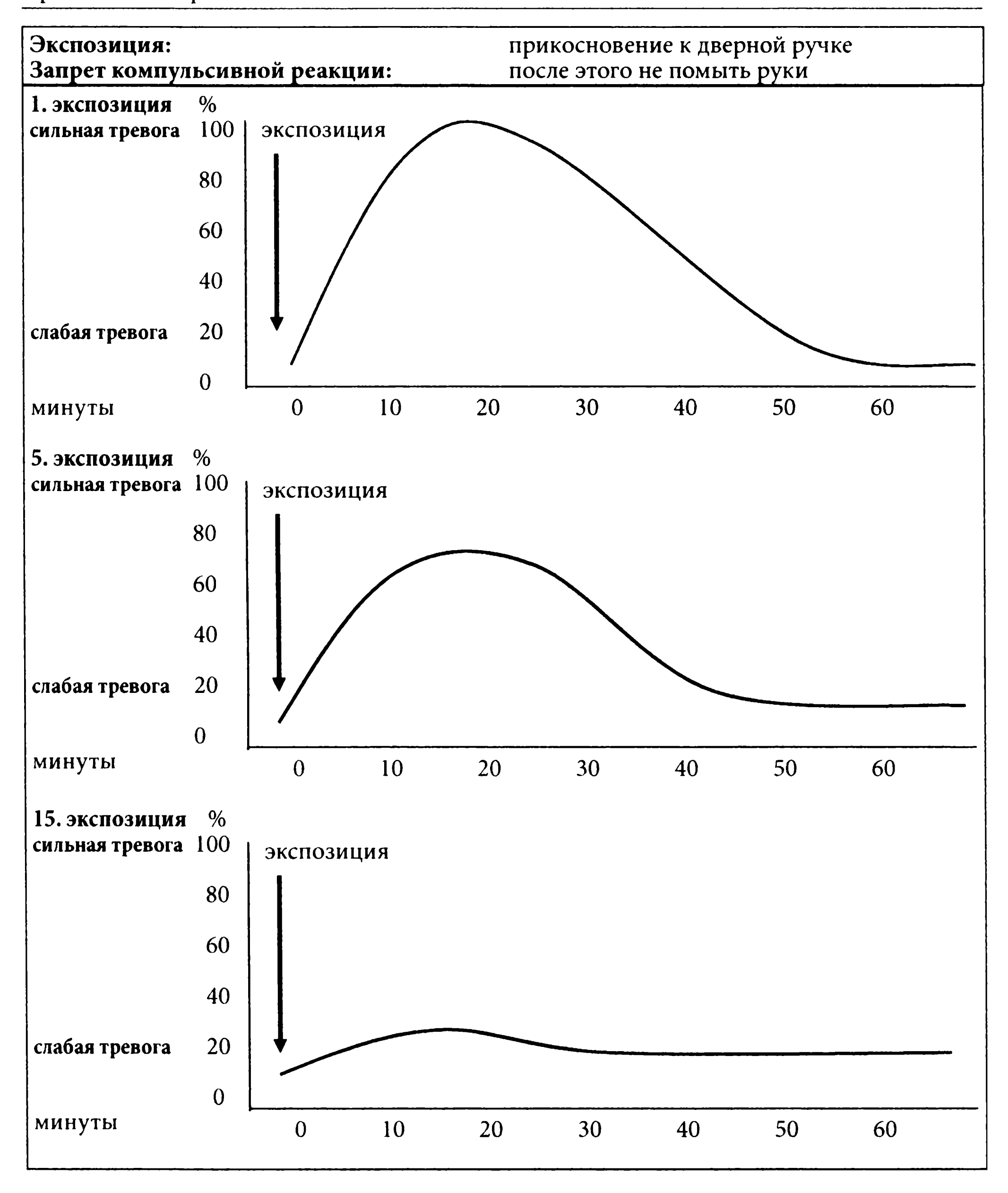


Рис. 8.32. Типичная кривая тревоги во время экспозиции и запрета компульсивной реакции

Задача наглядной демонстрации

В процессе терапии в качестве третьего компонента процесса лечения часто используется наглядная демонстрация. Это означает, что в присутствии пациента терапевт выполняет определенное действие, которое должен будет выполнить пациент, например, прикоснуться к дверной ручке. Терапевт выполняет это задание спокойно и без признаков волнения. Если, например, навязчивые мысли касаются грязи на полу, на дверных ручках, то после того, как терапевт несколько

раз продемонстрирует, насколько тщательно он коснулся нескольких дверных ручек, пола, края мусорного ведра, он может попросить пациента выполнить то же самое. Затем мы можем перенести «инфекцию» на другие участки тела и одежду посредством прикосновения к ним «грязными» руками. После данной экспозиции определенный период времени мы не проводим ритуальное действие. Мы не моем руки и не выполняем какой-либо другой «очищающий» ритуал. Таким действием терапевт продемонстрирует, как выполнить данную экспозицию без необходимости мыться. Демонстрация облегчает процесс терапии и часто необходима для поддержки пациентов, которые боятся выполнить определенные действия, важные для лечения. Однако это не самая главная часть терапии. Важнейшим процессом является экспозиция и запрет выполнения ритуального действия.

Методы терапии с использованием экспозиций и запретом выполнения ритуального действия могут быть применены при всех компульсивных ритуалах. При осуществлении компульсивной проверки пациент воздействует на ситуацию, которая провоцирует саму проверку (уход из дома, вложение письма в конверт и его запечатывание, выключение электрических приборов), а проверка затем не совершается. Ставится задача ничего не проверять и не получать никаких заверений.

Цель программы лечения в случае компульсивных «накопителей» заключается в постепенном ликвидировании накопленных вещей. Пациент должен совершать это действие систематически, изначально под наблюдением терапевта или близкого человека. Например, первая цель может заключаться в выбросе всех накопленных квитанций старше одного года без проведения их проверки. Затем последует осуществление других согласованных задач, например, выбросить все письма старше 5 лет, старые телефонные счета и местные газеты и т.д.

Люди, страдающие от вынужденности выполнять определенную деятельность ригидным, необычным способом учатся другому, более нормальному поведению. Например, человек, который не выходит из помещения пока не коснется всех стен, подвергается ситуации, в которой он выходит из комнаты без прикосновения к стенам. Человек, который складывает вещи в шкафу строго определенным способом, подвергается ситуации, когда его помощник разбросает все вещи и запрещает больному сложить их компульсивным способом

Терапевт может выразить свое понимание чувства дискомфорта пациента и помочь спокойней его пережить, например, с помощью отвлечения внимания, разговора и т.д. Время, на протяжении которого терапевт запрещает пациенту выполнять ритуальные действия, может занять до 2 часов. За это время напряжение пациента, вызванное воздействием, и связанное с этим компульсивное побуждение значительно сокращается. Если напряжение все еще высоко, сеанс продолжается до тех пор, пока не наступит значительное снижение чувства дискомфорта. Важно, чтобы пациент после данного сеанса не проводил никакого ритуального действия.

Непрерывная, высокоинтенсивная экспозиция и запрет выполнения компульсивного действия

В течение первых 2 недель амбулаторного лечения целесообразно встречаться с пациентом 2—3 раза в неделю. Переход от одной задачи к другой в начале лечения, как правило, происходит быстро. Экспозиция в естественных условиях в

рамках сеанса длится от 1 часа до 1,5 часов, но на этом этапе терапевт должен рассчитывать на 3 часа, чтобы у него, в случае необходимости, была возможность продлить сеанс. Общепринято, что прекращать сеанс в тот момент, когда тревога пациента достигает своего пика нежелательно — сеанс должен быть продлен до того момента, когда степень тревожности и стресса будет снижаться. Через 2 недели сеанс можно будет проводить один раз в неделю или один раз в две недели.

Экспозиция в воображении

Экспозиция в воображении проводится в том случае, когда пациент не в состоянии напрямую воздействовать на пугающую ситуацию, или когда основным компонентом навязчивых мыслей пациента является представление определенной катастрофы. На основании навязчивых представлений необходимо создать описание катастрофы, которой пациент боится, и это представление совместно с ним несколько раз воображать так долго, пока его дискомфорт не спадет сам собой. Этот процесс труден и для терапевта, потому что на протяжении длительного времени он должен быть в состоянии повторять длинное описание часто очень неприятных сцен, например, как пациентка вонзает нож в глаз своему маленькому ребенку, и вокруг много крови. Преимущество этой процедуры состоит в том, что терапевт сам сможет проверить десенсибилизирующее действие повторного переживания этих чрезмерно тяжелых представлений. В противном случае следует действовать таким же образом, как и при экспозиции в естественных условиях — от менее неприятных к более неприятным представлениям.

Особым случаем воздействия в воображении является повторная экспозиция по отношению к обсессиям у пациентов без явного компульсивного поведения. Так как в случае этих пациентов нет возможности использовать методы запрета выполнения ритуальных действий (см. ниже) необходимо, чтобы эти пациенты долговременно и неоднократно воздействовали на свои навязчивые мысли и представления без проведения скрытых (ментальных) ритуальных действий. Одним из наиболее часто используемых методов является запись навязчивой мысли на аудиокассету («Я убью своего сына!») с повторением так, чтобы запись длилась 30—45 минут. После каждого повторения навязчивых мыслей делается пауза примерно на 30 секунд. Пациент в качестве домашнего задания внимательно прослушивает эту запись несколько раз в день, но, впоследствии, не проводит ментальные «нейтрализующие» ритуальные действия и неоднократно (каждых 10 минут) записывает степень своего дискомфорта. Позже пациент слушает эту аудиозапись в сложных ситуациях, например, в присутствии сына. Когда пациенту удастся прослушивать эту запись без нейтрализующих действий и лишь с присутствием легкой степени дискомфорта, ему будет поставлена задача вызывать навязчивые мысли умышленно, без проведения нейтрализации, сначала в промежуточных ситуациях, а позже и в тех ситуациях, в которых эти навязчивые мысли появились изначально.

Не обеспечивать заверения

Другим важным требованием при терапии является не предоставлять пациенту заверения. Большое количество людей просит заверений, как от терапевта, так и от близких людей. Эти запросы не должны быть удовлетворены. На вопрос: «Вы уверены, что ничего не случится?» или «Вы уверены, что все будет в поряд-

ке?» члены семьи пациента должны отвечать следующим образом: «Мы же договорились, что не будем об этом говорить, не так ли?» или «Не забывай о том, что мне твой терапевт запретил отвечать на подобные вопросы».

Экспозиция по отношению к обсессиям

Другой метод воздействия на навязчивые мысли — это противоположность технике «Стоп!». Мы называем это «практика закаливания», позволяющая пациенту привыкнуть к своим нежелательным мыслям. Повторное и длительное воздействие без любой нейтрализации приводит к тому, что навязчивые мысли беспокоят человека все меньше и, в конце концов, перестают вызывать тревогу и стресс. При применении этого метода пациент должен намеренно вспомнить свои навязчивые мысли и сосредоточиться на них. Таким способом эти мысли необходимо активно удерживать в голове и экспонировать от 30 минут до 1 часа. Иногда необходимо, чтобы кто-нибудь (терапевт или член его семьи) напоминал пациенту об этих мыслях потому, что в противном случае, она имеет тенденцию исчезать из внимания.

Устранение компульсивного избегания

Даже после успешного лечения, направленного на выбранные сложные ситуации, пациент может продолжать избегать многих других ситуаций, отчасти из-за привычки, либо по причине сохраняющихся опасений. Поэтому важно, чтобы пациент воздействовал на все виды ситуаций, которые у него могут вызвать потребность в выполнении ритуального действия и которые не были рассмотрены во время лечения. В тех случаях, когда основной проблемой является компульсивное избегание, главная терапевтическая стратегия заключается в массивной экспозиции пугающей ситуации или объекта.

Лечение первичной обсессивной медлительности

Для людей, чья основная проблема заключается в первичной обсессивной медлительности, применяется стратегия, использующая пошаговость, стимулирование и формирование. Поведение делится на отдельные шаги, и помощник (терапевт или близкий человек) повторно призывает пациента ускорить их освоение. Для выбранного поведения устанавливаются определенные временные сроки. Терапевт может использовать визуальное представление, — демонстрируя, как расчесывает волосы в течение 2 мин, а затем призовет пациента выполнить это действие тем же способом. Время, установленное для выполнения определенного поведения, сокращается постепенно на каждом сеансе.

Планирование времени

При отступлении обсессий и компульсий важным становится планирование мероприятий, так как существует необходимость заполнить свободное время (полученное в результате прекращения выполнения ритуальных действий) осмысленной деятельностью, которая займет внимание пациента и доставит ему удовлетворение. В течение многих лет большую часть своего повседневного времени пациент заполнял обсессиями и компульсиями. Начать новый образ жизни бывает трудным для пациента, и в этом шаге он, как правило, нуждается в терапевтическом управлении.

Решение проблем

Решение проблем представляет собой структурированный процесс, в котором мы занимаемся актуальными жизненными проблемами и конфликтами пациента, пытаемся сориентировать его на самостоятельный поиск доступных активных стратегий, направленных на устранение данной сложной ситуации (Praško и Kosová, 1998).

Профилактика рецидивов

До прекращения лечения необходимо обсудить отдельные освоенные этапы, резюмировать достигнутые успехи и способы, с помощью которых они были достигнуты. Кроме того, необходимо подготовиться к будущим возможным стрессовым ситуациям и обсудить существующие возможности их решения. Пациент должен самостоятельно продолжить выполнение экспозиций со всеми ситуациями, связанными с возбудителями навязчивых мыслей, которых он хотел бы избежать и не допустить проявления в них нейтрализующей реакции. Мы предупреждаем пациента о том, что обсессии и компульсии могут вернуться. Мы должны убедить его, что с помощью своих возможностей и того, чему он научился, он в силах противостоять им, а также устранить их.

Другие методы, используемые при лечении ОКР

Учитывая тот факт, что лечение ОКР посредством экспозиции и запрета выполнения ритуальных действий сложная задача для пациента и, как правило, приводит к общему росту напряжения и дискомфорта, некоторые авторы советуют (Kennerley, 1998) еще до начала фактического лечения научить пациента некоторым расслабляющим упражнениям, которые пациент сможет проводить несколько раз в день и, тем самым, смягчать свое общее физическое и психическое напряжение.

Другим вспомогательным методом, используемым при ОКР, является остановка мыслей. Этот метод пациент должен использовать только в качестве экстренного варианта решения при критических ситуациях в начале терапии. Во время дальнейшего лечения пациент должен научиться терпеть свои обсессивные мысли, а не отталкивать их.

8.3.4.5. Проблемы лечения обсессивно-компульсивного расстройства

Самым трудным является начало лечения. Многим людям, страдающим ОКР, кажется, что лучше просто забыть о своих обсессиях. Они против того, чтобы специально вызывать обсессивные мысли. Другие люди боятся, что когда они будут намеренно вызывать их во время экспозиции, это приведет к тому, что обсессии станут появляться еще чаще. Для некоторых пациентов требования программы КБТ неприемлемы. Они отказываются от предлагаемого лечения, недостаточно сотрудничают, или могут прекратить его досрочно. Терапевты пытаются убедить такого пациента попробовать пройти лечение, отвечают на его вопросы и подчеркивают, что шансы на выздоровление высоки. Пациенту, который сомневается в результатах лечения, может помочь общение с пациентом, который уже закончил лечение и был успешно вылечен. В конечном итоге больной должен самостоятельно решить, согласен ли он на терапию или нет. Высокая мотивация пациен-

та очень важна. Больному с низкой мотивацией лечение мало поможет. От такого пациента нельзя ожидать, что он будет полностью следовать инструкциям программы КБТ. В тех случаях, когда члены семьи заставили больного пройти курс терапии, результат будет неудовлетворительным, если пациент сам не почувствует потребности в лечении.

В процессе лечения пациенты могут столкнуться с одним из наиболее частых опасений, что тревога во время экспозиции будет невыносимой, и что она не снизится так, как это предсказывал терапевт. Простые убеждения («Все будет хорошо, не волнуйтесь»), могут не помочь, и не имеет смысла спорить с пациентом. Вместо этого терапевт может согласиться с тем, что тревога действительно может не снизиться. Мы можем спросить пациента, как долго он был в состоянии устоять перед желанием выполнить компульсивное действие, и насколько он убежден в том, что тревога не снизится. Мы можем поинтересоваться, каким образом можно определить, являются ли опасения пациента обоснованными или нет, и, затем, перейти к планированию бихевиорального эксперимента. Этот эксперимент используется для того, чтобы узнать, что произойдет (как в случае испытываемой тревоги, так и в случае последствий, которых он опасается), если пациент будет в состоянии удержаться от желания выполнить компульсивное ритуальное действие в течение заранее оговоренного времени, как правило, в течение 2 часов. Затем результат используется в качестве основы для следующего сеанса с проведением экспозиции и запретов выполнения ритуальных действий.

Редко случается, что у пациента в ходе сеанса реакция габитуации (привыкания) к пугающему стимулу не происходит. Так происходит из-за слишком короткого сеанса, либо страданий пациента от тяжелой депрессии, которая не была обнаружена во время обследования и которая требует непосредственного лечения. Очень редко неспособность достичь изменений во время сеанса вызвана преувеличенными убеждениями (Foa, 1979). Эти убеждения можно в некоторых случаях изменить с помощью когнитивных методов (Salkovskis и Warwick, 1989). В частности, с помощью соответствующих вопросов, можно указать пациенту на расхождения в его убеждениях, а затем попросить его сформулировать и проверить альтернативное объяснение своей ситуации.

Некоторые пациенты могут принять объяснение смысла лечения, когда они спокойны, но они не в состоянии воздействовать на предполагаемые риски, когда они находятся в беспокойном состоянии и когда их мучают навязчивые мысли. Если это так, то терапевт может научить пациентов тем методам, которые они смогут использовать в момент тревоги, например, копинг-карточки, на одной стороне которых написана мысль, вызывающая страх, а на другой стороне — разумный ответ. В этом случае также помогает предыдущее предварительное обучение. Как правило, мы начинаем его с представления ситуации, которая вызывает у пациента тревожность, а затем предложим различные возможные способы, как справиться с этой ситуацией.

Хотя многие пациенты считают содержание обсессивных мыслей абсурдными, некоторые пациенты не уверены в том, что эти мысли не являются реальными на самом деле, и поэтому боятся действовать против них. Таким пациентам очень может помочь, если они научатся критически анализировать свои навяз-

чивые мысли с помощью когнитивной реструктуризации, которая описана выше. Также важно, чтобы пациенты не начали использовать «оборонительные» мысли ритуальным способом, т. е., чтобы они посредством такого способа не создали скрытые ритуальные действия, которые затем будут дополнительно поддерживать ОКР.

Обсессивные пациенты испытывают сильные страдания из-за своих проблем, что усложняет процесс лечения, особенно, если это касается выполнения домашних заданий. Это может привести к тому, что они не рассказывают всю правду о выполнении домашних заданий, а иногда и прерывают лечение. Мы можем подготовить пациента к этим трудностям посредством предварительного объяснения, что определенные затруднения при выполнении домашних заданий являются закономерными:

«Это совершенно нормально, потому что всякий раз, когда вы сталкиваетесь с трудностями при выполнении домашнего задания, мы получаем другую важную информацию о вашей проблеме и о том, как эта проблема влияет на вас. Поэтому важно, чтобы вы действительно постарались выполнить все домашние задания, о которых мы договорились, но если вы не сможете справиться с этим, то напишите подробные заметки о том, что именно произошло, чтобы мы с вами могли лучшим образом решить эту проблему, если она появится в будущем».

Часто, во время выполнения домашних заданий возникают сложности, которые являются еще одной формой обсессии, и которые мы пока не рассматривали.

У многих пациентов (особенно у тех, кто вынужден проводить навязчивые проверки) существенным признаком является опасение, что они будут нести ответственность за ущерб, который они причинят себе или другим людям (Salkovskis, 1989). Чтобы снизить это чувство ответственности за свои собственные возможные ошибки, пациент неоднократно пытается получить заверения у терапевта в том, все ли он делает правильно, и старается выполнить домашнюю работу именно таким образом, как было оговорено. Речь идет об одной из форм избегающего поведения, в случае которого существует необходимость включения в лечебную программу прямой экспозиции по отношению к ответственности, после обсуждения этих опасений пациента. Эта ответственность заключается в том, что пациент должен в качестве домашнего задания самостоятельно провести экспозицию по своему собственному плану и без детального обсуждения этого плана с терапевтом. Терапевт должен сказать: «Я хочу, чтобы вы самостоятельно спланировали домашнее задание на эту неделю, это должен быть обычный тип домашней задачи, но я не хочу, чтобы вы рассказывали мне подробности того, что именно вы будете делать. Я хочу, чтобы вы, как обычно, написали, насколько неприятно вы при этом себя чувствовали. Важно запланировать задание таким образом, чтобы на вас воздействовали неприятные ощущения, но одновременно, чтобы вы их не проверяли, не уклонялись от них и не проводили нейтрализацию. Никому не говорите и не показывайте, что вы сделали. На следующем сеансе мы обсудим, как вы при этом себя чувствовали, но ответственность за планирование и выполнение домашнего задания будет полностью на вас. Так, не рассказав мне подробно-

сти о том, что вы оставили не проверенным, можете ли вы мне кратко описать свою домашнюю работу на эту неделю?»

Важной особенностью обсессий является поиск заверений от других людей. Навязчивые мысли почти всегда связаны со страхом ответственности за ущерб, который может быть нанесен в результате какой-либо деятельности или бездействия (Salkovskis, 1985). Обычным способом, с помощью которого пациент пытается избежать причинения вреда самому себе или кому-то другому, является постоянный поиск заверений от других людей. Этим действием пациент переносит ответственность на других. Для терапевта бывает очень заманчиво облегчить беспокойство пациента путем предоставления ему необходимых заверений, но этот метод обречен на провал — невозможно с абсолютной уверенностью сказать, что ничего плохого по вине пациента не произойдет. Повторные, постоянные и стереотипные заверения очень напоминают другие формы ритуального поведения. Чтобы разработать план лечения, направленный на эту проблему, терапевт должен спросить пациента, является ли облегчение, достигнутое с помощью заверения, постоянным или временным, и сравнить их с другими формами нейтрализующего поведения. Усилие в получении заверений в рамках терапии изменено с фрустрирующего опыта, который препятствует в определенном общении, на идеальную возможность заниматься непосредственно обсессивной проблемой (Salkovskis, 1989).

Терапевт: *Кажется, что вас постоянно тревожат опасения по поводу рака. Хотите услышать от меня какой-либо конкретный ответ?*

Пациент: *Да, я думаю, что да. Просто, мне необходимо знать, что я не заболею раком. Я не вижу ничего плохого в том, что хочу это узнать.*

Терапевт: *На последних нескольких сеансах мы говорили о том, что постоянное мытье рук, может, на самом деле, поддерживать ваш компульсивный страх болезни, и что неоднократные вопросы могут иметь такое же влияние на ваши сомнения и страхи. Правильно ли я думаю, что вам кажется, что ваша просьба о заверении является чем-то другим?*

Пациент: *Ну, я чувствую, что вы что-то знаете об этом, так почему вы мне не можете об этом просто сказать, чтобы я почувствовала себя спокойнее?*

Терапевт: *Вы правы, я, конечно, могу это сделать, если бы это решило вашу проблему. Хорошо, я могу начать с этого прямо сейчас. Насколько я должен убедить вас в том, что вам ничего не угрожает, чтобы вы чувствовали себя спокойно до конца этого месяца?*

Пациент: *До конца этого месяца?*

Терапевт: *Да, у меня сейчас есть время около двух часов. Если это поможет устранить вашу проблему до конца этого месяца, могу вас начать успокаивать прямо сейчас. Сколько времени вам на это потребуется?*

Пациент: *Но это так не действует. Это поможет мне всего на несколько минут.*

Далее терапевт может обсудить с пациенткой, насколько необходимость в заверении препятствует тому, чтобы она сама справилась со своим страхом ответственности, и что в этом случае необходимо запланировать самостоятельно, и как осуществить предотвращение такого поведения (Salkovskis и Westbrook, 1987).

Для устранения потребности получать заверения следует привлечь к процессу лечения других членов семьи пациента. Целесообразно, чтобы терапевт предложил родственникам больного какой-либо альтернативный вариант вместо заверений. Родственник может отвечать следующим образом: «Согласно указаниям, которые дал мне терапевт, я не могу отвечать на такие вопросы» (Marks, 1981).

Другая распространенная проблема заключается в том, что избавление от одной навязчивой мысли приводит к появлению новой. Об этом факте необходимо предупредить пациента заранее. В начале лечения, как правило, удается устранить 2—3 обсессии, и вместо них появится всего лишь одна новая. И если пациент продолжит далее выполнять экспозиции, соотношение начинает быстро изменяться.

Работа с мыслями недостаточна для того, чтобы справиться с обсессиями и компульсиями, а иногда может быть и контрпродуктивной — становится новой компульсией. В этом случае необходимо прекратить выполнять с пациентом когнитивную реструктуризацию и заниматься только экспозиционной терапией и предотвращением выполнения ритуальных действий.

Шансы на быстрое лечение понижаются, если пациент одновременно с ОКР страдает подавленным настроением. В этом случае в первую очередь необходимо вылечить депрессивный эпизод, предпочтительно, с помощью медицинских препаратов. Проведение самостоятельной КБТ в этом случае обычно недостаточно.

Освобождение от обсессий и компульсий может парадоксальным образом обозначить и новые проблемы. Если пациент страдал от симптомов ОКР в течение длительного периода времени, его социальная жизнь может быть слишком ограниченной. Кроме того, семья пациента могла создать такой образ жизни, который вращается вокруг его проблем и требований. Когда больному станет легче, у его семьи появится довольно много свободного времени и свободы. Необходимо возобновить бывшие увлечения и деятельность, или начать заниматься какой-либо новой деятельностью. Иначе говоря, пациент и его семья должны заново научиться жить нормальной жизнью. Они часто нуждаются в терапевте, чтобы он помог им в этом.

8.3.5. КБТ и психофармакотерапия обсессивно-компульсивного расстройства

В клинической практике, как правило, применяются комбинации подходов для лечения пациентов, у которых степень ОКР серьезная и длится в течение многих лет. Убедительной информации о том, что фармакотерапия в комбинации с КБТ является успешней, чем самостоятельная КБТ, сегодня нет.

8.3.6. Пример обсессивно-компульсивного расстройства

Игорю 56 лет. Он работает чиновником в городском управлении. При первом обследовании у психиатра Игорь рассказал, что вынужден снова и снова возвращаться, чтобы убедиться, что все было досконально проверено. Такая ситуация происходит с ним, как на работе, так и дома. Он проверяет, закрыты ли ящики, окна, двери, краны, выключена ли плита, компьютер, и т.д. Все эти действия он вынужден выполнять неоднократно. При выходе из дома это может занять больше часа, а при уходе с работы это занимает пример-

но один час. Причина не в том, что он не помнит, сделал ли он что-то или нет, а в том, что ему необходимо убедиться, выполнил ли он эти действия надлежащим образом. Часто он не уверен в том, что при повторной проверке, вдруг заново не открыл воду, не включил плиту или компьютер. Игорь постоянно думает о том, какая катастрофа может произойти, если не выполнить проверку на 100 %. В квартиру смогут залезть воры, может начаться пожар, в офис может пробраться чужой человек и прочитать ту информацию, которую он не должен знать. Когда Игорь попытался не делать проверку, то потом чувствовал себя чрезмерно напряженным, раздраженным и даже становился злым. Если какие-либо внешние обстоятельства помешают ему провести проверку, у него, как правило, начинается сильное сердцебиение, и он начинает потеть от страха. Он был вынужден обстоятельно все проверять по 5 раз, а иногда и чаще. По дороге на работу Игорю приходилось неоднократно выходить из трамвая и возвращаться обратно домой, чтобы провести дополнительную проверку. Психиатр спросил его, влияет ли что-либо на усиление или ослабление этого побуждения произвести проверку. Побуждение усиливал другой стресс, одиночество, ссоры с женой и дни, когда он не высыпался. Менее напряженным он чувствовал себя, когда занимался чем-то интересным: смотрел хоккей или интересную передачу по телевизору. У Игоря бывает меньшее побуждение что-либо проверять тогда, когда ответственность за безопасность дома и офиса лежит на ком-то другом, т. е., на человеке, который уходит из дома или офиса после Игоря. Тем не менее, Игорю было необходимо получить заверение, что все в порядке по телефону.

История: *У матери Игоря роды были тяжелыми, его тащили щипцами, и после рождения он долго лежал в реанимации. Игорь был спокойным ребенком, хотя, по мнению родителей, он был чрезмерно капризный и упрямый. Отношения с родителями у него, однако, были хорошими. Он имел много друзей, в школе хорошо учился, конфликтов с учителями у него не было. Мать Игоря всегда была и остается чрезвычайно заботливой и беспокойной. Она не терпит, когда в доме беспорядок и постоянно убирается. В детстве мать часто проверяла портфель Игоря — не забыл ли он наточить карандаши, что-то взять и т.д. Она требовала, чтобы Игорь каждый вечер сообщал ей, что у него все готово к завтрашнему дню, чтобы он еще раз все проверил. Тем не менее, потом она все равно проверяла все сама. В то время это раздражало Игоря, но теперь он понимал, что она пыталась вырастить его аккуратным. После окончания средней экономической школы, в 19 лет, он поступил на военную службу, в пехоту. Он пережил несколько травматических событий, одно из которых до сих пор преследует его. Незадолго до конца войны, на его глазах, один солдат случайно застрелил другого. Игорь видел, как солдат умирает в мучениях.*

После завершения военной службы Игорь женился. Первым у них с женой родился сын, а затем, через 2 года, дочь. В то время, ночью его преследовали сны, которые напоминали об опыте военной службы. И в течение дня Игорь был часто напряженным и раздражительным, мог с легкостью разозлиться. 12 лет назад он развелся с женой. Он решил развестись после того, как узнал,

что его жена нашла себе любовника. В то время он начал беспокоиться о разных мелочах. В частности, он чувствовал неуверенность во всем, что касалось безопасности дома, работы и детей. Он не был уверен, запер ли он дверь от дома, выключил ли плиту и закрыл ли водопроводный кран. Эта неопределенность стала преследовать его. Он стал чаще думать об этих вещах, так что у него было мало времени, чтобы думать о том, что от него ушла жена. Казалось, что он смирился с расставанием с женой, и его сомнения и проверки стали редкими. Год спустя, когда он встретил свою нынешнюю супругу, его компульсивная потребность в проверке была настолько минимальной, что он даже не обращал на это внимания и его особо ничего не беспокоило. Два года назад его перевели на работе на более ответственную должность. Хотя он был рад повышению, новая должность принесла ему значительный стресс. Он не очень хорошо справлялся с распределением работы между подчиненными, не был в состоянии сказать им «нет», потому что боялся, что подчиненные начнут его критиковать. Он начал очень тщательно проверять их работу, все документы, записи в компьютере и переписку. Некоторые задачи он выполнял самостоятельно, чтобы быть уверенным, что они все сделали правильно. На работе Игорь становился все более перегруженным. Вскоре «проверки» перенеслись и домой.

Описание и объяснение проблемы: *Психиатр обсудил с Игорем факторы, которые присутствовали при развитии его проблемы:*

Факторы, повышающие чувствительность к стрессу: *Одним из факторов, которые повышают уязвимость по отношению к стрессу, являются трудные длительные роды. Именно это повысило чувствительность Игоря в детстве, которая проявлялась упрямством и неуступчивостью в дошкольном возрасте. Во время службы в армии Игорь пережил травматическое событие, которое в течение некоторого времени возвращалось к нему в мыслях и во снах. С тех пор он стал чаще волноваться. Его неуверенности способствовало и отвержение его первой женой. Игорь в течение долгого времени не мог смириться с этим. В то время он начал беспокоиться о повседневных делах, постоянно боялся, что что-либо может случиться с его домом и детьми. Эти опасения позволяли ему автоматически отвлечь внимание от болезненной и уязвимой эмоциональной реакции на распад брака и неверность жены.*

Провоцирующие факторы: *Повышение на работе означало для Игоря повышение ответственности и, связанную с ней, большую эмоциональную напряженность. Игорь опасался, что не сможет справиться с данной ситуацией. Он начал сомневаться в себе. Эти сомнения перенеслись с работы на бытовые ситуации, действительно ли он «ответственно» проверил плиту, окна, двери, компьютер и т.д. Чем чаще он все проверял, тем реже он думал о том, сможет ли он справиться с новой работой.*

Поддерживающие факторы: *Когда дело доходит до проверки, появляется сильная напряженность. Если Игорь осуществляет проверку, напряженность быстро падает и неприятные физические симптомы не появляются. Он не должен больше думать о возможных бедствиях. По этой причине он выпол-*

няет компульсивные действия или просит секретаря или жену заверить его, что все в порядке. Это «нейтрализующее» действие приводит к тому, что он становится все меньше уверенным и все меньше способен противостоять выполнению своих компульсивных действий. Долгосрочным последствием является постепенное уменьшение его уверенности вследствие подкрепления его навязчивого поведения. Тот факт, что его жена посмеивается над ним, еще больше усиливает его тревогу (у него возникает ощущение, что жена не уважает его и может бросить, как и первая жена).

Лечение началось с проведения экспозиции в доме пациента. В лечении приняла участие и жена Игоря. Во время разговора, при котором присутствовали оба супруга, психиатр объяснил, как развивается ОКР, и рассказал им о том, откуда у Игоря возникла уязвимость. Жена ничего не знала о его травматическом опыте, который он пережил в армии, и о том, какой стресс он испытал, когда его бросила первая жена. Они об этом никогда не говорили. Теперь она поняла, почему Игорь так ведет себя, и сопереживала вместе с ним. Она сказала, что больше не будет смеяться над ним, и, насколько она поняла, не стоит уверять Игоря, что все в порядке. Супруги согласовали с терапевтом план лечения. Лечение включало следующие шаги:

1. *Образование об обсессивно-компульсивном расстройстве;*
2. *Самооценка;*
3. *Экспозиция с запретом выполнения компульсивной нейтрализации;*
4. *Решение жизненных проблем.*

Терапевт оставил супругам брошюру с информацией об ОКР и его лечении. Основную информацию об ОКР, его порочный круг и индивидуальные стратегии терапии они обсудили на первом сеансе. Они также рассмотрели вопрос о возможности приема антидепрессантов, но Игорь, на данный момент, отказался от приема препаратов, хотя согласился с тем, что если в течение двух месяцев не произойдет достаточное улучшение его состояния, он подумает об этом.

Самооценка: *Терапевт объяснил Игорю, что для разрушения порочного круга проверок и опасений необходимо, чтобы Игорь был в состоянии справиться с напряжением своего тела и навязчивыми мыслями, которые заставляли его проверять все неоднократно. Для начала следует, как можно более подробно описать ситуацию. В течение первой недели Игорю было поручено написать, как часто он чувствовал желание что-либо проверить (как дома, так и на работе), сколько раз он поддался этому желанию, когда это произошло и что его в этот момент беспокоило. Подобным образом он должен был записать, когда у него возникла необходимость в получении заверений. Эта запись послужила описанием начального состояния его поведения до начала лечения.*

Воздействие с запретом нейтрализации

На втором сеансе терапевт для начала подробно рассмотрел записи Игоря. Затем он рассказал ему о методе предотвращения компульсивной нейтрализации и объяснил ее смысл. Совместно они создали дифференцированную иерархию ситуаций, которые Игорь должен был пройти в своем воображе-

нии. В качестве домашнего задания на эту неделю Игорю было поручено представлять себе индивидуальные ситуации, в которых появляется побуждение что-либо контролировать. Он попытался представить себе, как такое побуждение усиливается, а затем сопротивляться этому побуждению. В рамках терапевтического сеанса они попытались выполнить такой метод, чтобы Игорь смог его хорошо понять, а затем уже выполнять самостоятельно. Дома Игорь должен был начать с самой легкой ситуации и постепенно перейти к более сложной, но только после приобретения достаточной уверенности, что сможет справиться с более трудным представлением. Кроме того, была поставлена задача продолжить ежедневные записи о побуждении контролировать ситуации и о своем компульсивном поведении.

В течение недели Игорь прошел в воображении все ситуации своей иерархии. На следующем сеансе они договорились, что Игорь перестанет проверять краны, окна и двери автомобиля. Жена Игоря его в этом поддерживала. Хотя Игорь и чувствовал себя моментами как маленький ребенок, но в основном все прошло хорошо. Так как Игорю успешно удалось исключить эти проверки, на следующем сеансе был рассмотрен вариант исключения проверки плиты и дверей, что было для него гораздо сложнее. В течение следующих двух недель они совместно работали над устранением контрольных ритуальных действий на работе. Эта задача оказалась для Игоря не менее сложной, так как он боялся «снять с себя ответственность» и не контролировать, по крайней мере «про себя», что он выключил или закрыл перед уходом с работы. Таким образом, свое ритуальное поведение Игорь перевел на ритуал «в мыслях». Чтобы это предотвратить, терапевт научил его методу «Стоп», который, через короткое время, позволил блокировать ритуальные действия. В течение 6 недель Игорь был способен не проводить проверку ни у себя дома, ни на работе.

На последующих терапевтических сеансах они начали работать над проблемой, которая была связана с ухудшением психических проблем после его повышения на работе, о которой Игорь вначале говорил мало, потому что не хотел ее признавать. У него имелись проблемы при распределении работы между подчиненными и требовании от них выполнения различных задач. Он боялся, что если он будет строго относиться к ним, они не будут его любить. Большую часть работы он старался сделать самостоятельно, или же контролировать выполнение поставленных задач на компьютере. Когда он узнавал, что кто-то несоответствующим образом выполнил задание, у него возникали трудности сказать ему об этом. Вместо этого он доделывал задание сам. Терапевт предложил заняться практикой ассертивного поведения, подходящего для этой ситуации. Дома Игорь создал несколько предложений для различных ситуаций с подчиненными, которые возникали чаще всего. Затем, посредством ролевой игры они пробовали различные подходы и оценивали, какие последствия они могут иметь. Тогда Игорь применил на работе различные подходы и обнаружил, что они действительно работают. Он не чувствовал, что подчиненные отвергают его, наоборот, он ощутил облегчение, что может передать им часть обязанностей.

На заключительном сеансе Игорь представил свой план, как в дальнейшем он будет преодолевать трудности, и при помощи терапевта составил список тех ситуаций и периодов, во время которых, по его мнению, может возникнуть сильное желание что-либо проверить. Затем, они совместно создали список решений и методов для управления этими ситуациями. Наиболее важный аспект этого задания заключался в том, что Игорь должен был смириться с тем фактом, что в будущем ухудшение ситуации и появление новых трудностей и неудач вполне возможно, но это нормально и не означает, что его усилия не увенчались успехом.

Терапевт договорился вновь встретиться с Игорем через три месяца. Игорь очень хорошо себя чувствовал. За это время всего однажды появилось небольшое ухудшение, когда Игорь несколько раз подряд что-то проверил, но он был готов к этому и спокойно это перенес. На работе ситуация улучшилась, ряд обязательств, которые он не должен был выполнять, были переданы подчиненным. Он значительно сократил проверку выполнения подчиненными своих задач, что ранее ему не удавалось.

Заключение

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется навязчивыми мыслями (обсессиями), которые вторгаются в разум против воли человека и вызывают у него значительный дискомфорт и депрессию, и которые, он пытается потом смягчить с помощью различных способов навязчивого поведения (компульсии и ритуальные действия). Речь идет о частом и инвалидизирующем состоянии, которое требует прохождения соответствующего лечения с помощью КБТ или фармакотерапии (СИОЗС или кломипрамин.), в более тяжелых случаях — их комбинацией. КБТ ОКР проводится с учетом индивидуальных особенностей пациента. Наиболее важным методом является экспозиция с предотвращением нейтрализующей реакции. Когнитивная реструктуризация и планирование деятельности относится к вспомогательным стратегиям.

Литература

Abrahamowitz J.S. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. J. Consult. Clin. Psychol., 1997, č. 65.

Albert U., Bergesio C., Pessina E. Management of treatment resistant obsessive- compulsive disorder. Algorithms for pharmacotherapy. Panminerva Medica, 2002, č. 44.

Baxter L.R. Jr., Schwartz J.M., Bergman K.S. et al. Caudate glucose metabolicrate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, 49.

Bland R.C., Newman S.C., Orn H. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1988, č. 77 (Suppl.).

Bogetto F., Bellino S., Vaschetto P., Ziero S. Olanzapine augmentation of fluvoxamine-refractory obsessive compulsive disorder (OCD): A 12-week open trial. Psychiatry Research, 2000, č. 96/2.

Clomipramine Collaborative Study Group. Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 1991, č. 48.

Cosoff S., Hafner R.J. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder. Austral. N. Zealand J. Psychiatry, 1998, č. 32.

Eisen J.L., Goodman W.K., Keller M.B. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a two-year prospective study. J. Clin. Psychiatry, 1999, č. 60.

Emmelkamp P.M.G. Phobic and obsessive-compulsive disorders. NY: Plenum, 1982.
Foa E.B., Steketee G.S. Obsessive-compulsives: conceptual issues and treatment interventions// Hersen R.M. (ed.) Progress in behaviour modification. NY: Academic Press, 1979.
Freud S. Three case histories. Translated by Rieff. NY: Macmillan, 1973.
Gangdev P.S. The relationship between obsessive-compulsive disorder and psychosis. Australasian Psychiatry, 2002, č. 10/4.
Hembree E.A., Riggs D.S., Kozak M.J. et al. Long-term efficacy of exposure and ritual prevention therapy and serotonergic medications for obsessive-compulsive disorder. CNS Spectrums, 2003, MAY 01, č. 8/5.
Hohagen F., Winkelmann G., Rasche-Rauchle H. et al. Combination of behavior therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour. Results of a multicenter study. British Journal of Psychiatry 1998, č. 173/Suppl. 35.
Hollander E., Wong C.M. Introduction: obsessive-compulsive spectrum disorder. J. Clin. Psychiatry, 1995, č. 56 (Suppl 4).
Hollander E., Bienstock C.A., Koran L. Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. J. Clin. Psychiatry, 2002, č. 63 (suppl. 6).
Karno M., Golding J.M., Sorenson S.B. The epidemiology of obsessive- compulsive disorder in five US comunities. Arch. Gen. Psychiatry, 1988, č. 45.
Karno M., Golding J.M. Obsessive compulsive disorder//Robins J.M., Reiger D.A. (eds.) Psychiatric disorders in America. Epidemiologic catchment area study. NY: Free Press, 1991.
Kennerley H. Jak zvladat uzkostne stavy. Praha: Portal, 1998.
Kosova J. Obsedantně kompulzivni porucha//Hoschl, Libiger, Švestka (eds.) Psychiatrie. Praha: Tigis, 2002.
Kruger S., Cooke R.G., Hasey G.M. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. J. Affect. Disorders, 1995, č. 34.
Marks I.M. Fears, phobias and rituals. NY: Oxford University Press, 1987.
Marks I.M., Stern R.S., Mawson D. et al. Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. Br. J. Psychiatry, 1980, č. 136.
Marks I. Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A decade of progress. Can. J. Psychiatry, 1997, č. 42.
McDougle C.J., Goodmann W.K., Price L.H. Antipsychotic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. Am. J. Psychiatry, 1990, č. 147.
McDougle C.J., Goodmann W.K., Leecman J.F. Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 1994, č. 51.
McDougle C.J., Epperson C.N., Pelton G.H. et al. A double-blind, placebo- controlled study of risperidone addition in serotonine reuptake inhibitor- refractory obsessive-compulsive disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 2000, č. 57.
Mezinarodni klasifikace nemoci. 10. revize. Duševni poruchy a poruchy chovani. Popisy klinickych přiznaků a diagnosticka voditka. (Přeloženo z anglickeho originalu) Praha, Psychiatricke centruum, 1992. 282 s. Zpravy, č. 102.
Možny P., Praško J. Kognitivně behavioralni terapie: Uvod do teorie a praxe. Praha: Triton, 1999, 304 s.
Ohta M., Kokai M., Morita Y. Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2003, č. 57/1.
Perse T. Obsessive-compulsive disorder: A treatment review. J. Clin. Psychiatry, 1988, č. 49.
Pigott T.A., L'Heureux F., Dubbert B. et al. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. J. Clin. Psychiatry, 1994, č. 55 (Suppl.).
Pigott T.A., Seay S. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. Int. 6Rev. Psychiatry, 1997, č. 9.
Praško J., Kosova J. Kognitivně—behavioralni terapie uzkostnych stavů a depresi. Praha: Triton, 1998.
Praško J., Paškova B., Praškova H. et al. Obsedantně kompulzivni porucha a jak se ji branit. Praha: Portal, 2003.
Praškova H., Praško J., Ondračkova I. et al. Trpite nutkavymi impulzy, myšlenkami nebo chovanim? Praha: Lege Artis, 1996.
Rachman S.J., Hogson R. Obsessions and compulsions. Englewood: Prentice Hall, 1980.
Rasmussen S.A., Eisen J.L. The epidemiology and diff erential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. Williams & Wilkins, 1996.

Salkovskis P.M. Obsessions and compulsions.//Scott J., Wiliams J., Beck A. T. (eds.) Cognitive therapy: a clinical casebook. London: Routledge, 1989.
Salkovskis P.M., Warwick H.M.C. Behavior therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? Behavior Research Therapy, 1989, č. 27.
Salkovskis P.M., Westbrook D. Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? Behavior Research and Therapy, 1989, č. 27.
Schwartz J.M., Stoessel P.W., Baxter L.R. et al. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate aft er successful behavior modification. Arch. Gen. Psychiatry, 1996, č. 53.
Stein D.J., Spadaccni E., Hollander E. Metaanalysis of pharmacoterapy trials for obsessive-compulsive disorder. Int. Clin. Psychopharmacol., 1995, č. 10.
Van-Balkom A.J.L.M., De-Haan E., Van-Oppen P. et al. Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fl uvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. Journal of Nervous and Mental Disease, 1998, č. 186/8.
Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J. et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. J. Clin. Psychiatry, 1994, č. 55 (3, suppl.).
Yaryura-Obias M.A., Pinto A., Neziroglu F. The integration of primary anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. Eating Weight Dis., 2001, č. 6.

8.4. КБТ посттравматического стрессового расстройства

Ян Прашко, Томаш Новак

8.4.1. Основные данные о посттравматическом стрессовом расстройстве

Хотя о психологических проблемах, возникающих в связи с психологической травмой, известно уже давно, посттравматическое стрессовое расстройство, в качестве специфического тревожного расстройства, было признано лишь в 1980 году, когда оно было описано в III версии диагностического и статистического руководства (DSM-III). Посттравматическое стрессовое расстройство (далее — ПТСР, от англ. слова posttraumatic stress disorder) проявляется посредством комплекса психологических симптомов, которые вытекают из опыта чрезвычайного травматического события. Травматическое событие всегда влияет чрезвычайно тяжело и вызывает у большинства людей паралич, шок, ужас или любую другую форму крайнего стресса. Таким травматическим событием можно считать: взрыв бомбы, военные действия, стихийные бедствия (землетрясение, наводнение, извержение вулкана, ураган), травмы по вине человека (нападение, изнасилование), а также автокатастрофы, пожары и т.д. Для ПТСР характерно:

1. длительная реакция на травматическое событие;
2. воспоминание о травме в виде мыслей, воображения и снов;
3. потеря положительных эмоций и чувство эмоционального онемения;
4. избегание раздражителей, ситуаций и деятельности, напоминающих о травме;
5. увеличение «возбуждения» в физиологических реакциях и психике.

8.4.1.1. Клинические проявления посттравматического стрессового расстройства

Нормальной реакцией на несчастье или катастрофу является внезапная депрессия, апатия или угнетение, которые могут перейти в агрессивную раздражительность и печаль от потерь, связанных с этим событием. После травмирующих событий сильно угрожающего или травматического характера у большинства людей происходит период психической неустойчивости длящийся, как правило, от 1 до 3 месяцев. Чем тяжелее травматическое событие, тем больше люди страдают от длительного психического воздействия. Чем меньше человек устойчив к стрессовым раздражителям, тем хуже он реагирует на такое событие адаптивным способом. При наличии ПТСР воспоминания об этом происшествии усиливаются.

Типичные травматические события

1.	природные катастрофы и катастрофы, возникшие по вине человека (наводнение, землетрясение, извержение вулканов, ураганы, пожары, взрывы и т.д.);
2.	борьба;
3.	насилие;
4.	долговременное нахождение в заключении, страдание;
5.	грабежи и нападение;
6.	изнасилование;
7.	аварии;
8.	присутствие при насильственной смерти (например, присутствие при самоубийстве, убийстве и т.д.);
9.	драматические изменения состояния здоровья (например, инсульт, инфаркт);
10.	угрожающие необычные события (например, ужасный галлюцинаторный опыт при отравлении или после принятия наркотического вещества);
11.	присутствие при таких событиях.

Симптомы ПТСР можно разделить на основные группы:

1. навязчивые воспоминания и сны;
2. потеря положительных эмоций;
3. избегание;
4. повышенное психическое и физическое возбуждение.

Наиболее типичным симптомом ПТСР является автоматическое воспоминание о травме в виде навязчивых образов об этом событии, которые могут возникнуть в зрительном, слуховом или физическом представлении, или в виде отрывков из этого события, ночных кошмаров, обсессивных мыслей или неожиданных вспышек. Ощущение «быть там снова» (воспоминание) часто вызвано нейтральными стимулами, которые могут лишь издалека напоминать об обстоятельствах травматического события. Воспоминания бывают отрывочными, но очень живыми. Они «навязываются», вызывают приступы тревоги, гнева, беспомощности, тоски, чувства отчуждения и бесполезности. Иногда происходит «повторное переживание» травмы — это переживание настолько сильное, что больной испытывает острое чувство, будто травматическое событие происходит снова, и он видит его перед своими глазами. У детей повторное переживание может проявляться посредством повторной игры. Воспоминание часто ассоциируется с болезненными и сильными эмоциями. Именно по этой причине большинство людей стараются вытеснить эти навязчивые воспоминания, отвлечь от них внимание, или каким-либо другим способом избавиться от них.

Травматическое событие также может появиться в пугающих снах. Эти ночные кошмары вызывают сильную тревогу и ужас. Больной просыпается вспотевший, с сильным сердцебиением, задыхается. Содержанием сна бывает травмирующее событие, как правило, в виде повторного переживания, или в виде символа со зловещим смыслом (например, нападение волков). У детей во снах появляются чудовища, которые их пугают.

Характерной чертой ПТСР является уклонение от стимулов, избегание деятельности и ситуаций, напоминающих о травме (Van der Kolk, 1984). Прежде всего, это те виды деятельности, которые, так или иначе, ассоциируются с травматическим событием. Далее, это рекреационные и приятные виды деятельности, поскольку они в настоящее время не в состоянии порадовать пациента. Больные также избегают ряда мероприятий, при которых происходит контакт с другими людьми, трудных задач или видов деятельности, которые требуют больших усилий. Избегающее поведение иногда возникает даже при некоторых обычных видах деятельности, таких как совершение покупок в магазине, перемещение на транспортных средствах, использование лифта и т.д. В основном, это избегание связано с приступами тревоги, которые в некоторых из этих ситуаций появлялись в прошлом, или с тем представлением, что они могут заново появиться. Эти люди могут избегать прикосновения другого человека, особенно, если человеческое прикосновение являлось частью травмы. Затем, такие люди перестают терпеть даже прикосновение человека, которого они любят или уважают. Другим типичным избеганием является, так называемое, психическое избегание. Если спонтанно появится воспоминание о травматическом событии, больной как можно быстрее пытается его подавить и отвлечь внимание на что-нибудь другое. Так как воспоминания имеют тенденцию часто возвращаться, то это очень изнурительная борьба. Частью непреднамеренного психического избегания может быть неспособность вспомнить некоторые важные аспекты травматического события — потеря некоторых воспоминаний. Это также включает в себя избегание близких отношений. Такие больные избегают проявлений искренних эмоций, боятся довериться и открыться другому человеку. В отношениях они часто не доверяют другому человеку, и у них часто возникает ощущение, что их кто-то предал, хотя для этого не существует причин. Это недоверие и трудности с проявлением искренности в отношениях приводят к чувству отчуждения от людей («как будто я с другой планеты»), а иногда, впоследствии, и к изоляции. Вторично, может возникнуть страх разговаривать с людьми. Другие люди, особенно жертвы военного насилия или стихийных бедствий, избегают принятия ответственности за других, потому что боятся, что будут не в состоянии обеспечить для них достаточный уровень безопасности.

Когда больные вспоминают о травматическом событии, они могут почувствовать, что переживают его заново. Их состояние часто ухудшается при приближении годовщины события, или когда они оказываются в подобном месте. Иногда в такой ситуации могут произойти быстрые драматические «взрывы» страха, паники или агрессии. С другой стороны, такие больные не в состоянии достаточным образом, в полной мере выразить сильные эмоции, связанные с самой травмой. Они, как правило, избегают сильных переживаний или полностью их подавля-

ют. Вместе с попытками подавить в себе эти сильные неприятные ощущения происходит подавление эмоций в принципе. Страдают от этого, в основном, положительные чувства. Борьба с тревогой, подавление воспоминаний, чрезмерная потребность проверять происходящее вокруг и старание не поддаваться насильственным эмоциям, связанным с воспоминаниями, приводят к возникновению чувства изнурения, усталости и беспомощности. Возникает эмоциональная «закрытость» и тенденция к изоляции. Затем больные могут почувствовать потерю различных чувств, неспособность испытывать удовольствие или другие приятные ощущения. Далее, они могут страдать от постоянных чувств разочарования, скуки, апатии или рассерженности, чувствуют себя «обессиленными» и равнодушными. Они лишь монотонно выполняют рутинные виды деятельности и избегают приятных мероприятий. Поэтому, воспоминания появляются на фоне постоянного ощущения «бесчувственности» и эмоционального ступора, избегания людей, нереагирования на происходящее вокруг и потери удовольствия. От такого состояния всего лишь один шаг до депрессии. С депрессией и беспомощностью зачастую связано чувство вины. Очень часто речь идет о нереальном самообвинении в том, что человек должен был сделать что-то другое, чем то, что он сделал, или винит себя, что он выжил в этой ситуации, а другой человек погиб. В других случаях он может винить себя в том, что не оказал кому-то помощь или помог лишь недостаточным образом.

Другие типичные симптомы ПТСР включают психическое и физическое возбуждение. Они связаны с автоматическим ожиданием организма, что может вновь случиться что-то плохое. Как будто больной человек всегда готов к тому, что ужасающее событие может произойти снова. «Я постоянно начеку» описывала это состояние одна из наших пациенток. Повышенная бдительность проявляется повышенной общей напряженностью, автоматической фокусировкой внимания на потенциальных угрозах (как радар в режиме ожидания), проблемами с засыпанием, неглубоким сном и частыми пробуждениями (ночная бдительность), пугливостью (например, при неожиданных звуках), неспособностью расслабиться и готовностью к эмоциональным взрывам. Может присутствовать чрезмерная раздражительность, которая связана с постоянной тревогой и напряженностью. «Ожидание опасности» приводит к тому, что все неожиданное или новое раздражает, расстраивает, выводит больного из себя. Иногда, достаточно небольших раздражителей, которые до происхождения травматического события оставались незамеченными. Больные люди часто вынуждены выражать несогласие, ссориться или показывать отвращение и раздражение. Такие люди с легкостью вступают в конфликт с другими людьми у себя дома и на работе и теряют друзей. Перед чужими людьми они, по крайней мере, вначале, пытаются держать себя под контролем, потому что боятся чрезмерной реакции и отвержения со стороны других.

Обычно такое состояние сопровождается вегетативной гиперактивацией и сильным физическим возбуждением, которое является проявлением повышенной готовности к биологической тревожной реакции. Как правило, появляется целый ряд вегетативных реакций: учащенное сердцебиение, давление в грудной клетке, потливость, тремор, одышка, учащенное дыхание, покалывание в конечностях, головокружение, тошнота, боли в животе, головная боль и многие другие.

Эти симптомы, в действительности, являются безвредными и означают подготовку организма к действию «борьба или побег», тем не менее, они могут напугать, вызвать обеспокоенность собственным физическим здоровьем и иногда приводят к повторным визитам к врачу.

Дистресс обычно проявляется сразу после травмы и может усиливаться с течением лет — время, в этом случае, не лечит. В других случаях симптомы появляются после латентного периода, который может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев, а иногда даже и много лет. Чем интенсивней является травма и чем дольше она действует, тем больше выраженными являются симптомы ПТСР. В частности, опыт пребывания в концентрационных лагерях или на войне приводит к острой или хронической форме реакции, которая может сохраниться от войны до настоящего времени. Под значительно большей угрозой находятся люди, которые в момент травматического события уже испытывали какую-либо потерю, и у которых отсутствовала поддержка. Например, более серьезные последствия изнасилования бывают у женщин, которые ранее потеряли своего партнера (Kilpatrick и др., 1984). Симптомы ПТСР часто ассоциируются с тревогой и депрессией, и их серьезным осложнением является злоупотребление алкогольными напитками или наркомания.

Наиболее распространенные симптомы ПТСР:

1. рецидивирующие навязчивые воспоминания о событии и его обстоятельствах;
2. страшные сны, напоминающие о событии;
3. повторное переживание события в виде фрагментов, «вспышек»;
4. воспоминания о прошлом;
5. избегание мыслей и чувств, связанных с травмой;
6. избегание деятельности, напоминающей о травме;
7. неспособность вспомнить некоторые важные аспекты травмы;
8. потеря интереса к важным видам деятельности;
9. чувство отчуждения;
10. сокращение положительных эмоций;
11. ощущение, что будущее не имеет смысла;
12. проблемы с засыпанием и самим сном;
13. раздражительность, вспышки гнева;
14. трудности с концентрацией внимания;
15. чрезмерная бдительность;
16. боязливое поведение, чрезмерная пугливость;
17. физические и психологические симптомы тревоги при любом воздействии, напоминающем о травме;
18. частое распитие алкогольных напитков.

8.4.1.2. Диагноз посттравматического стрессового расстройства

Типичные симптомы включают эпизоды повторного переживания травмы в навязчивых воспоминаниях, или снах, которые появляются в фоновом режиме постоянного чувства «онемения» и эмоционального ступора, избегания людей, отсутствия реакции на окружающую среду, потери радости. Типичным являет-

ся избегание стимулов, деятельности и ситуаций, которые напоминают о травме (Van der Kolk, 1984). Кроме того, это расстройство характеризуется раздражительностью, напряженностью, боязливостью, депрессивными состояниями и бессонницей. Иногда появляется и вегетативная гиперактивация. Состояние часто осложняется злоупотреблением алкогольными напитками или наркотиками.

ПТСР (в соответствии с DSM-IV, а не в соответствии с МКБ-10) может быть острым, если продолжительность симптомов составляет 1—3 месяца, или хроническим, если расстройство длится еще дольше. Если признаки не появляются в течение 6 месяцев после травматического события, а позже — мы говорим о задержке начала (в соответствии с МКБ-10, в отличие от DSM-IV не соответствует критериям ПТСР).

Диагностические критерии Международной классификации болезней ПТСР (МКБ-10, 1996)

А. Больной должен был подвергнуться воздействию стрессовых событий или ситуаций, краткосрочной или длительной продолжительности, в исключительных случаях — опасного или катастрофического характера, которые, скорее всего, вызвали бы глубокую тревогу почти у любого человека.

Б. Присутствуют назойливые «воспоминания» или повторные «переживания» стресса в виде «мешающих», ярких воспоминаний или повторяющихся снов, или испытывание тревоги при воздействии обстоятельств, напоминающих или связанных со стрессором.

В. Больной вынужден избегать или предпочитает избегать тех обстоятельств, которые напоминают или непосредственно связанны со стрессором, причем это избегание не присутствовало до воздействия стрессора.

Г. Должны присутствовать любые из следующих критериев:

1. неспособность частично или полностью вспомнить некоторые важные моменты из периода травмы;
2. присутствуют любые два из следующих симптомов повышенной психологической чувствительности и возбуждения, которые не присутствовали до воздействия стрессора:
   а) трудности с засыпанием или поддержанием сна,
   б) раздражительность или вспышки гнева,
   в) трудности с концентрацией внимания,
   г) гипервигильность,
   д) чрезмерные пугливые реакции.

Е. Критерии Б, В и Г должны наблюдаться в течение 6 месяцев с момента стрессового события или в конце периода стресса. Иногда целесообразно диагностировать даже после более длительного периода, чем шесть месяцев, но причины должны быть четко определены.

8.4.1.3. Эпидемиология посттравматического стрессового расстройства

Распространенность ПТСР зависит от популяционных образцов эпидемиологических исследований и критериев, используемых для оценки. Более ранние исследования проводились в соответствии с критериями DSM-III и DSM-III-R и показали сравнительно низкую распространенность. В соответствии с исследо-

ванием ЭКА, (Epidemiological Catchmen Area), пожизненная распространенность ПТСР в пределах 1 % (0,5 % мужчин и 1,3 % женщин), (Helzer и др., 1987) на основании исследования Дэвидсона (1993) до 2,6 % населения. Однако, следующие 5—15 % людей могут испытывать субклиническую форму. В группе риска распространенность выше. Например, примерно у 30 % ветеранов войны Вьетнама развилось ПТСР, а у следующих 25 % наблюдалась его субклиническая форма. В случае жертв стихийных бедствий и жертв криминальных преступлений бывает указана пожизненная распространенность между 3—58 % (McFarlane, 1989; Ramsay и др., 1993). Соотношение мужчин и женщин составляет примерно 1: 2. Другое исследование на аналогичный период, проведенное с участием молодых людей (Breslau и др., 1991), установило пожизненную распространенность 9,2 %. Эндрюс (1999) с помощью использования критериев МКБ-10 установил 12-месячную распространенность ПТСР — 7 % общего населения, но если в этом случае использовать критерии DSM-IV, распространенность составила бы всего лишь 3 %.

ПТСР может возникнуть в любом возрасте. Чаще всего оно появляется в раннем возрасте, когда человек более подвержен травматическим событиям. ПТСР часто развивается у одиноких, разведенных, овдовевших, экономически уязвимых или изолированных людей.

8.4.1.4. Этиопатогенетические факторы посттравматического стрессового расстройства

Травма — это необходимый фактор ПТСР, но самой по себе ее недостаточно. В развитии ПТСР, вероятно, участвуют и экологические факторы в период происхождения травмирующих событий и предрасполагающие факторы, которые могут выявляться у преморбидной личности.

Стрессор

Согласно определению, стрессор — это основная причина развития ПТСР. Основным критерием для постановки диагноза ПТСР является то, что «больной находился под воздействием стрессовых событий или ситуаций исключительно опасного или катастрофического характера в краткосрочной или долгосрочной перспективе, которое вызвало бы глубокую тревогу практически у любого человека» (МКБ-10, 1992). Марч сделал обзор о влиянии травмы на развитие ПТСР. Он установил четкую взаимосвязь между тяжестью стрессовой экспозиции и риском развития ПТСР (March, 1990, 1993). ПТСР в три раза чаще развивалось у травмированных ветеранов, чем среди тех, кто не был ранен в бою (Heltzer и др., 1987). Аналогичным образом ПТСР чаще встречается у женщин, которые были ранены во время изнасилования, чем те, которые не были ранены (Winfield и др., 1990). Необязательно, чтобы больной стал непосредственной жертвой определенных событий. Часто вполне достаточно, чтобы он являлся их свидетелем, например, при посадке на поезд, под который прыгнул самоубийца, непосредственное присутствие при убийстве или несчастном случае (Farmer и др., 1992).

С другой стороны, не у каждого, кто пережил тяжелое травматическое событие, будет развиваться ПТСР. Большинство людей, напротив, после переходного периода психической нестабильности могут очень хорошо компенсировать свое состояние. Клиническим образом необходимо учитывать индивидуальные биологические факторы, ранее существовавшие психосоциальные факторы и события,

которые произошли после травматического события. Например, общий групповой опыт травмирующего события (пожар или наводнение) помогает людям лучше справиться с травмой, потому что это событие имеет массовый характер, человек участвует в нем не один и может разделить свое горе с другими людьми.

Генетические факторы

Предрасположенность к ПТСР может быть наследственной. Существуют люди, которые переживают трудное детство и серию фрустрирующих событий в течение жизни, и у них не возникает стресс (тем не менее, это скорее исключение). Напротив, некоторые из нас менее устойчивы к стрессу. Есть семьи, в которых повышенная чувствительность к стрессу и эмоциональным стимулам передается из поколения в поколение. Труэ (1993) изучал монозиготных и дизиготных близнецов-мужчин, которые прошли войну во Вьетнаме. Он констатировал, что генетическую предрасположенность можно объяснить примерно 1/3 дисперсии для развития ПТСР.

Биологические факторы

Вероятно, в развитии и поддержании ПТСР участвует целый ряд нейробиологических механизмов. До настоящего времени не ясно, является ли нарушение этих механизмов результатом самой пережитой травмы, или же речь идет о биологических аномалиях у предрасположенных индивидов. Биологические теории, связанные с ПТСР, основаны как на стрессовых моделях, разработанных на животных, так и на измерении биологических переменных у пациентов, страдающих ПТСР. Модели стресса, разработанные на животных, такие как модель выученной беспомощности, киндлинга и сенситизации у животных привели к развитию теории об изменении рецепторов норадреналина, дофамина, опиатов и бензодиазепинов и нарушении гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Лабораторные животные, подвергавшиеся неконтролируемому стрессу, показывают повышенный выброс норадреналина в лимбической и кортикальной области и повышении выхода дофамина в прилежащем ядре (nucleus accumbens) и фронтальной коре. Полученные результаты индивидов, страдающих ПТСР, подтверждают гипотезу о гиперактивности норадренэргической и опиатной системы и гипоталамо-гипофизарного-надпочечника (Charney и др., 1993). Больше всего была исследована гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось. Иегуда (1991) в своем обзоре резюмировал наиболее важные результаты следующим образом: после острого стресса, происходит сокращение 24-часового выброса кортизола, чрезмерное подавление кортизола после низких доз дексаметазона, низкая реакция кортикотропина на КРГ (кортикотропин-релизинг гормон) и повышение количества глюкокортикоидных рецепторов. Эти результаты он интерпретирует как чрезмерное подавление (суперсупрессию) экстренной гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой реакции на острый стресс. Автор предполагает, что одной из причин такой реакции является защита организма от токсических эффектов высокого уровня кортикостероидов при повторном воздействии стресса. Кроме того, он показал, что изменения глюкокортикоидных рецепторов коррелируют с тяжестью симптомов при ПТСР. Следующие доказательства нарушений в регуляции нейромедиаторов вытекают из провокационных исследований с участием ветеранов войны во Вьетнаме. Прием йохимбина и α2-адренергических антаго-

нистов вызывает симптомы ПТСР подобным образом, как и введение серотонергических препаратов хлорофенилпиперазина (Southwick и др., 1993; Krystal и др., 1989). Другие биологические данные показывают повышенную активность и реакционную способность вегетативной нервной системы, о чем свидетельствует увеличение частоты сердечных сокращений, колебаний артериального давления или нарушением сна (например, фрагментация сна и продление латентности сна, общее сокращение времени сна) (Pittman, 1993; Kaminer и Lavie, 1988). Интерес исследователей вызывает и роль опиоидной системы при ПТСР, в этой области, однако, до настоящего времени не было достигнуто консенсуса. Питтман и др. (1990) установил у ветеранов войны, страдающих ПТСР, которые были экспонированы воспоминаниями о травме, анальгезию, которую возможно устранить с помощью приема налоксона.

Психоаналитическая модель

Согласно гипотезе психоаналитической модели, травматическое событие активирует скрытые до настоящего времени нерешенные внутренние конфликты (Horowitz, 1976). Активация детской травмы приводит к регрессии и использованию защитных механизмов отрицания (индивид ведет себя так, как будто ничего не знает о травме, отказывается говорить о ней), и подавления (приводит к вытеснению стрессовых эмоций, импульсов и воспоминаний из сознания — парциальной амнезии) и переносу аффекта (отрицательные эмоции переносятся на объекты и ситуации, в которых больной может себе позволить это). Все это служит избеганию стрессовой реакции. Обычно, это краткосрочно снижает неприятные эмоции. У больного, таким образом, наступает облегчение, и поэтому он попытается снизить свое беспокойство с помощью простой формы избегающего поведения. Пациент получает вторичную выгоду от окружения, денежные компенсации, повышенное внимание или симпатии, и происходит удовлетворение его потребности быть зависимым. Эти выгоды укрепляют расстройство и поддерживают его. Другая аналитическая точка зрения подчеркивает когнитивные аспекты травмы. Так как тяжелое травматическое событие когнитивно диссонантно (не согласуется с внутренним убеждением) и очень неординарно, то внутренне достаточно трудно интегрировать это событие в уже существующие концептуальные схемы. Не интегрированное травматическое событие по этой причине диссоциируется вне сознания. Более позднее воспоминание объясняется попыткой организма интегрировать травму, либо, как срыв защитных механизмов (Brett и Ostroff, 1977).

Взгляд на ПТСР с точки зрения теории научения описан в следующих подразделах (бихевиоральная, когнитивная модель и КБТ модель ПТСР).

8.4.1.5. Дифференциальная диагностика и коморбидность посттравматического стрессового расстройства

Некоторые симптомы ПТСР (ангедония, повышенная возбудимость, приступы паники, межличностные конфликты) могут сочетаться с симптомами других психических расстройств, таких как депрессия, паническое расстройство, органическое психическое расстройство или расстройства личности. При других расстройствах, как правило, отсутствует нежелательное воспоминание о травме. Пациентов с ПТСР часто ошибочно лечат от другого психического расстрой-

ства. Это приводит к неправильному лечению и способствуют тому, что проблема становится хронической. Врач должен рассматривать возможность наличия ПТСР всегда, когда обследует пациентов с присутствием других тревожных расстройств, токсикоманией, хронической болью и депрессивным расстройством.

При дифференциальной диагностике ПТСР мы уделяем внимание возможной травме, в особенности травме головы. Учитываем и другие органические причины, такие как эпилепсия. Важно сосредоточиться на присутствии зависимости от алкоголя или других веществ, вызывающих зависимость. Острая интоксикация и абстинентные симптомы, как правило, имеют картину, сходную с ПТСР. Очень часто синдром зависимости — сопутствующее заболевание, и его присутствие не исключает диагноз ПТСР.

Иногда ПТСР путают с острой стрессовой реакцией, однако, при этом расстройстве начало проблем, как правило, происходит непосредственно после стресса и обычно быстрее исчезает. Чаще всего, при данном расстройстве не хватает симптомов, чтобы мы имели право поставить диагноз ПТСР.

Иногда после травматического события происходит развитие специфической фобии. Например, после автомобильной катастрофы может произойти развитие страха водить автомобиль или ездить на общественном транспорте. В этом случае не хватает лишь навязчивого воспоминания о событии и повышенного возбуждения.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) имеет некоторые симптомы, напоминающие ПТСР, и иногда его возбудитель — травматическое событие. Эти симптомы включают в себя плохую концентрацию, раздражительность, нарушение сна. При ПТСР появляются и другие различные симптомы, упомянутые выше. Типичные страхи и опасения при ГТР имеют другие источники и, как правило, касаются ежедневных обязанностей, здоровья, финансового положения. Оба расстройства могут происходить и одновременно.

У людей, страдающих ОКР, появляются навязчивые мысли, но пациент осознает, что большинство из них не связаны с каким-либо травматическим событием. Тем не менее, ОКР может сосуществовать с ПТСР, хотя и редко (например, генерализация компульсивного мытья после изнасилования для избегания «загрязнения»).

Паническое расстройство (ПР) характеризуется паническими атаками и, в большинстве случаев, повышенным возбуждением во время приступов антиципационной тревоги. Разница существует в когнициях, при ПТСР когнитивные аспекты тревоги связаны с травмирующим событием и воспоминанием о нем, в то время как при паническом расстройстве — с внезапным чувством опасности для здоровья. Коморбидность у этих двух расстройств довольно частая.

Кроме того, некоторые симптомы депрессивного расстройства могут напоминать ПТСР и наоборот. Речь идет, в особенности, о потере интересов, нарушении концентрации внимания, потере чувствительности к другим людям, ангедонии, гипобулии, нарушении сна, потере перспективы. Депрессивное расстройство иногда развивается с некоторой задержкой после травматического события. При депрессивном расстройстве иногда отсутствуют навязчивые воспоминания о травматическом событии. Тем не менее, у некоторых людей ПТСР может посте-

пенно перерасти в глубокую депрессию, которая иногда становится реккурентной. Коморбидность в этом случае встречается очень часто.

Диссоциативное расстройство также может напоминать ПТСР. Диссоциативное состояние легко и часто развивается вскоре после травматического события, длится не дольше, чем 4 недели, и отсутствуют другие признаки ПТСР.

Иногда трудно отличить пациентов, страдающих ПТСР, от пациентов с пограничным расстройством личности. Оба расстройства часто сосуществуют. Присутствие реминисценции воспоминаний и избегающего поведения говорит о наличии ПТСР. Подобная ситуация может возникнуть при истерическом расстройстве личности. Если речь не идет о коморбидности обоих расстройств, при истерическом расстройстве личности отсутствует типичное избегающее поведение и когнитивное избегание (наоборот, пациент с этим расстройством, как правило, с большим удовлетворением рассказывает о любых травматических событиях). Отсутствует повышенная возбудимость с вегетативной гиперактивностью. В связи с популяризацией ПТСР в средствах массовой информации, мы также должны рассматривать симуляцию и псевдологию. Опыт травматических событий может усугубить другое, уже существующее, психическое расстройство (Smith и др., 1990).

Коморбидность ПТСР высокая. По данным National Comorbidity Survey (Kessler и др., 1995), 79—88 % людей, страдающих ПТСР, соответствуют критериям не менее одного другого расстройства. С течением времени появляются другие тревожные расстройства, депрессивное расстройство, наркомания, относительно часто происходят попытки самоубийства. Шор (1989) установил, что 28 % пациентов, одновременно с ПТСР, страдают ГТР, 12 % фобиями, 10 % злоупотреблением алкоголя и менее 4 % наркоманией, ПР, ОКР или антисоциальным расстройством личности. Также часто бывают партнерские и семейные проблемы.

8.4.1.6. Развитие посттравматического стрессового расстройства

Иногда расстройство развивается после травматического события, но чаще симптомы развиваются лишь после латентного периода, который может длиться на протяжении от нескольких недель до нескольких месяцев (McFarlane, 1989). Развитие расстройства переменно. Дэвидсон (1991), Хэлтзер (1987) указывают, что у 33—47 % пациентов ПТСР длится более года. Блэк представляет последнюю информацию, что около 30 % пациентов с течением времени спонтанно излечиваются, у 40 % больных остаются несущественные симптомы, у 20 % происходит улучшение, но все еще присутствуют умеренные симптомы, и у 10 % пациентов улучшения не обнаруживаются (Black, 1993). Лучшие прогнозы имеют пациенты без задержки, либо с коротким временем задержки появления симптомов, пациенты с хорошим преморбидным функционированием и с качественной и доступной социальной поддержкой. Очень молодые и очень старые люди, как правило, имеют гораздо худший прогноз, чем люди среднего возраста. Например, около 80 % детей по истечении одного года со дня травматического ожога по-прежнему страдают от ПТСР, в то время как у взрослых зафиксировано всего 30 % таких случаев (Kaplan и Sadock, 1996). Причина заключается в недостаточном развитии психологических механизмов для преодоления травматического события у детей.

У пожилых людей высокая предрасположенность к ПТСР связана с ригидными и медленными периодами адаптации, трудной жизненной ситуацией и частыми соматическими заболеваниями. Негативный прогноз имеет и преморбидное психическое расстройство, является ли это расстройством личности, органическим психическим расстройством, аффективным расстройством или другим тревожным расстройством, злоупотреблением алкоголя или употреблением наркотических веществ.

8.4.2. Посттравматическое стрессовое расстройство с точки зрения КБТ

Модель КБТ представляет собой сочетание бихевиоральной и когнитивной модели ПТСР.

8.4.2.1. Бихевиоральные факторы посттравматического стрессового расстройства

Бихевиоральная модель описывает две фазы развития заболевания. В первой фазе, в соответствии с принципом классического обусловливания, травмы (безусловный стимул) и их обстоятельства (условный стимул) вызывают тревожные реакции. Сильные эмоции, связанные с травматическим событием, приводят к быстрому созданию условной связи между стимулами, ситуациями или делами, которые ранее были эмоционально нейтральными, но случайно появились в момент травмы. В связи с высокой возбудимостью обусловливание происходит очень быстро и надежно. Эти стимулы, ситуации и виды деятельности затем повторно вызывают тревожные реакции. Однако и само повышенное напряжение приводит к повторному возникновению ассоциаций, связанных с травмой. Во вторую очередь, развивается селективное внимание — высокая возбудимость приводит к увеличению психической активности и выбору той информации из окружающей среды, которая может указывать на угрозу. Ко второму этапу развития расстройства относится оперантное обусловливание (Solomon и др., 1992). Пациент развивает избегающее поведение (которое сопровождается кратковременным облегчением) по отношению к условному и безусловному раздражителю. Больной начинает избегать встреч с ключевыми стимулами и ситуациями, или перестает осуществлять деятельность, которая приводит к воспоминаниям о травме или тревоге. Тем самым подтверждая иллюзию, что эти стимулы ему уже не угрожают. Порочный круг замыкается. Согласно теории обучения, экспозиция и профилактика избегающего поведения приводит к постепенному угасанию условных связей.

8.4.2.2. Когнитивные факторы посттравматического стрессового расстройства

Когнитивная модель указывает, что люди с ограниченными возможностями не в состоянии когнитивно акцептировать и эмоционально справиться с травмой, которая предшествовала развитию расстройства (Foa и др., 1991). Переживание стресса не может быть прекращено и продолжается посредством автоматических воспоминаний, которых больные различными способами пытаются избежать. Они стараются отстраниться от всего, что напоминает им о травмирующем событии. В то же время больные, в большей степени автоматически, сосредотачивают свое внимание на этих раздражителях, и, в конечном счете, даже небольшие

раздражители могут вызвать воспоминание. Постепенно, с помощью селективного акцентирования внимания на тревожных стимулах, у больных расширяется количество возбудителей тревожной реакции. Больные также пытаются блокировать любые воспоминания о травме. Мы говорим о когнитивном избегании. Когда мы что-либо запрещаем себе, в действительности, мы думаем об этом. Тревожное усилие избежать воспоминаний, наоборот, приводит к более частому появлению их. Как это ни парадоксально, таким образом, все чаще происходят ситуации, которых пациенты пытаются избежать.

С точки зрения когнитивной психологии мозг во время травмирующих событий перегружен огромным количеством информации, которую он не в состоянии обработать за короткое время (Litz и Keane, 1989). Обработка происходит постепенно в процессе высвобождения этой информации из памяти и ее блокирования. Однако эта точка зрения не объясняет, почему у некоторых людей этот процесс обработки длится в течение многих лет и даже десятилетий, в то время как у других людей — в течение короткого времени.

Примеры типичных автоматических мыслей при ПТСР

1. Если бы я повернул направо, а не налево, этого бы не случилось;
2. Если бы я послушала свою мать и вечером не пошла туда одна, я была бы в порядке;
3. Я сама в этом виновата. Теперь я навсегда останусь неполноценной;
4. Никогда это не смою. Никогда не буду счастлива;
5. Я никогда в жизни не хочу больше видеть какого-либо мужчину;
6. Если бы я не была эгоистичной и не требовала бы от него, чтобы он приехал вечером, он бы не умер. Я ужасна;
7. В любое время эта ситуация может повториться. Это может произойти и с моими детьми, с женой, с матерью;
8. Я не должен был туда ехать, жена говорила мне, что я должен остаться дома;
9. Мать сказала мне, что я должна надеть брюки, потому что на улице уже холодно, если бы я тогда надела брюки, этого бы не произошло;
10. Это ужасно, но когда это возвращается, меня это иногда возбуждает;
11. Если бы я сидел на диете, то у меня бы не случился сердечный приступ;
12. Это уже просто невозможно... Я никогда никому не сделала ничего плохого. Как со мной могло произойти нечто подобное?

Другие автоматические мысли могут быть связанны со страхом того, что будет в будущем. Опасения могут касаться как конкретных ситуаций («Завтра я буду не в состоянии пойти на работу; Я этого больше уже не выдержу!» и т.д.), так и более общих тем («Уже никогда в жизни не смогу найти работу!»). Чрезмерное беспокойство бывает связано со следующими основными позициями, которые находятся на заднем плане:

1. Перфекционизм связан с опасением, что больной сделает ошибку, или, что все будет не так, как «должно быть»;
2. Чрезмерная ответственность связана с опасением, что если больной не будет ни о чем беспокоиться, то может действительно случиться что-то плохое, и тогда это будет только его вина! Тем, что он опасается, он на самом деле защищает себя от негативных событий!

3. Чувство неконтролируемости связано с опасением, что невозможно все проконтролировать. Таким образом, больной их контролирует «на всякий случай», по крайней мере, хотя бы посредством собственных забот.

Травматическое событие приводит к изменению отношения к себе, к другим людям, к своему будущему. В конечном счете, при обработке события происходят типичные ошибки, так называемые, когнитивные ошибки.

Типичные когнитивные ошибки при ПТСР

1) Произвольная дедукция — речь идет о «мгновенно» сделанных выводах:
«Все мужчины — животные и думают только о том, как осквернить женщину»;
Если бы я от него не потребовала, чтобы он приехал вечером, он бы не умер, это все моя вина; Если бы я послушала свою мать, этого бы никогда не произошло».

2) Селективный выбор фактов — приводит к сосредоточению на отдельных аспектах ситуации или деталях и к игнорированию других характеристик:
«Теперь, когда я, наконец, смог скопить деньги и купить машину, в меня врежется встречная машина».

3) Несоответствующее обобщение — обозначает обобщение правил или выводов из одного опыта на всю ситуацию, или перенос вывода на другую ситуацию, которая с этой ситуацией не связана:
«Если я пойду на улицу одна, я уверена, что кто-нибудь нападет на меня;
Я сейчас нервная — я уже никогда не буду спокойной!»

4) Преувеличение или преуменьшение представляют собой тенденцию преувеличивать одни факты и преуменьшать другие. Часто используются слова, типа «никто», «никогда», «всегда» и т.д.:
«Я навсегда опозорена! Уже никто никогда меня не будет ценить. Я это не выдержу!»

5) Персонализация — восприимчивость. Это тенденция давать личностный смысл событиям, которые не связаны с данным человеком, или связаны лишь в малой степени. Это может, с одной стороны, привести к тяжелому мучительному самообвинению, а с другой стороны, к обидчивости:
«Это только моя вина, если бы я сказала ему, чтобы он поехал в другой день, ничего бы не случилось».

6) Черно-белое мышление (мышление «все или ничего») — мышление в абсолютных категориях. Все рассматривается либо как полностью негативное, либо как полностью совершенное:
«Я не смог помочь в этой ситуации — я никому не смогу помочь».

7) Обозначение — это крайняя форма обобщения:
«Я его сбил на машине — теперь я навсегда безнравственный убийца;
Я должна была сделать то, что он хотел от меня, — теперь я навсегда останусь женщиной легкого поведения!»

8.4.2.3. Межличностные факторы посттравматического стрессового расстройства

ПТСР затрагивает не только человека, который страдает от этого расстройства, но часто и всю его семью. По крайней мере, даже тем, что поведение больного существенно меняется. Это может глубоко повлиять на отношения между самыми близкими людьми.

Многим близким очень трудно принять те изменения, которые происходят у больного. Они не знают, что им делать и как реагировать. Иногда, они хотят поговорить о том, что произошло, но больной реагирует сердито и агрессивно, а затем обвиняет их в том, что они его не поддерживают.

После травмирующего события близкие пациента также могут быть глубоко задеты тем, что произошло. Они могут находиться в замешательстве, быть беспомощными, не знать, как на самом деле разговаривать с ним, молчать или что-то говорить, спрашивать об этом событии, или делать вид, будто ничего не случилось. Столкнувшись с эмоциональными изменениями у больного, близкие начинают беспокоиться о нем, или начинают вести себя неестественно.

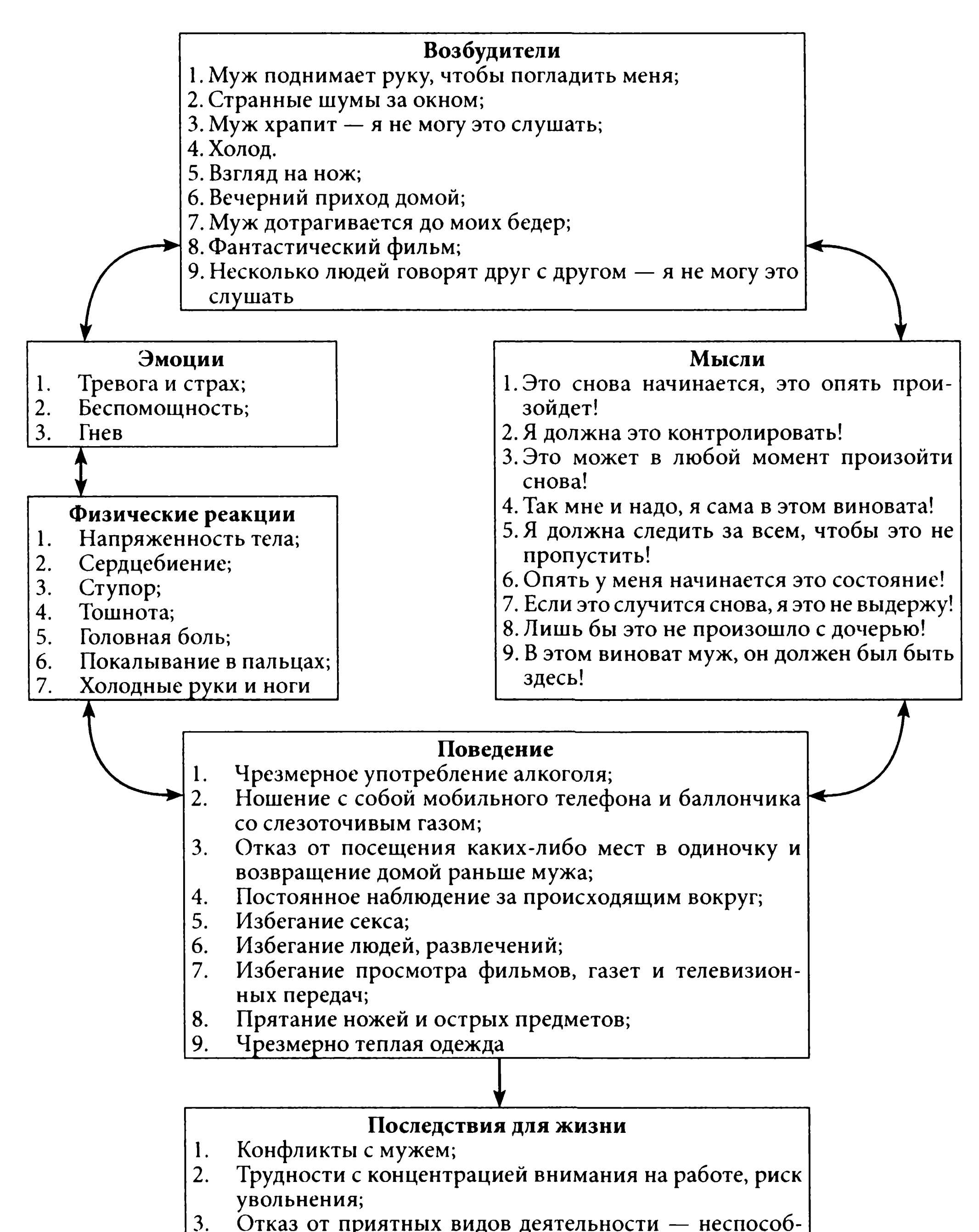
Травма может иметь разрушительные последствия для отношений. Даже в хорошо функционирующих партнерских отношениях может произойти глубокий кризис, а иногда и разрыв. Эти проблемы, возникшие между близкими людьми, могут привести к вторичной травматизации больного.

8.4.2.4. Модель КБТ посттравматического стрессового расстройства

В соответствии с моделью КБТ ПТСР травматическое событие своим сильным эмоциональным воздействием приводит к быстрому созданию условных связей между стимулами, ситуациями или действиями, которые первоначально были эмоционально нейтральными, но случайно возникли в момент травмы. Созданная таким способом условная связь очень крепка и устойчива по отношению к угасанию. Соответствующие стимулы приводят к повторным условным реакциям, при которых больной заново воссоздает пережитую ситуацию со всеми ее компонентами: физической реакцией, чувственным восприятием, оценивающими процессами — мыслями, представлениями и соответствующим поведением, оцепенением или побегом. Повышенная напряженность приводит к увеличению бдительности и внимания к стимулам, которые, так или иначе, напоминают о травматическом событии. Происходит активация неблагоприятных мыслительных процессов, особенно самообвинения («я виноват в этом, потому что ...»), использование частиц «бы» («Если бы я сделал это, а не то, этого бы не произошло ...»), повторный поиск следующих, часто странных причин («Это в моем характере, я притягиваю опасность» и т.д.). Эти АНМ еще больше повышают чувство дискомфорта и напряжения и увеличивают уязвимость к другим стрессовым ситуациям. Вследствие этого больной начинает избегать ситуаций, в которых мог бы встретиться со стимулами, воссоздающими его травматический опыт. Он перестает заниматься деятельностью, в которой можно столкнуться с этими стимулами. Часто больной начинает социально «сжиматься», у него меняется отношение к самому себе, (снижение уверенности в себе, отрицательная самооценка), к другим людям («людям нельзя доверять; все мужчины одинаковые») и к будущему («никогда от этого не избавлюсь; я плохая мать, и это уже невозможно изменить»). В результате избегающего поведения у больного нет возможности получить новый, положительный опыт, который бы мог изменить его отношение и ожидания. Его поведение часто имеет характер «сбывающегося пророчества» — по отношению к людям он ведет себя негативно, а люди на его поведение «сжима-

ются», что еще раз подтверждает, что он уже ни с кем не сможет установить близкие отношения.

Пример порочного круга ПТСР



8.4.2.5. Исследование эффективности КБТ посттравматического стрессового расстройства

Бихевиоральная терапия

Бихевиоральная терапия использует при лечении различные формы экспозиций травматических стимулов. Она различает постепенную экспозицию (от легкого до более тяжелого стимула) и массивную экспозицию (погружение в самый тяжелый стимул). При ПТСР экспозиция обычно проводится в воображении, реже в естественных условиях. Два открытых (Fairbank и Keane, 1982; McCaffrey и Fairbank, 1985) и четыре контролируемых исследования показывают, что массивная экспозиция снижает симптомы ПТСР (Keane и др., 1989; Boudewyns и Hyer, 1990; Cooper и Clum, 1989; Foa и др., 1991). Питман (1991) и Хайер (1989) опубликовали противоположные выводы своих исследований, в которых указывают, что у пациентов после применения этого метода произошло ухудшение некоторых симптомов. После лечения участников военных действий израильской армии с помощью сильных экспозиций в естественных условиях, у большинства солдат, страдающих ПТСР, произошло сильное ухудшение (Solomon и др., 1992). Данная экспозиция заключалась в воздействии на те аспекты, которые напоминали о боевых ситуациях. Десенсибилизация в воображении была исследована в трех открытых (Richards и Rose, 1991; Shalev и др. 1992; Vaugham и Tarrier, 1992) и трех контролируемых исследованиях (Richards и др. 1994; Peniston, 1985; Brom и др., 1989). Во всех этих исследованиях произошло значительное снижение (улучшение на 60—85 %) симптомов ПТСР. Годовые катамнезы в исследовании Ричардса (1994), в котором десенсибилизация в воображении применялась в сочетании с экспозицией в естественных условиях, показали, что дальнейшее улучшение продолжалось даже после прекращения терапии.

Когнитивная терапия

Три более ранних контролируемых исследования показали высокую эффективность когнитивной терапии при наличии ПТСР (Foa и др., 1991; Resick и Schnicke, 1992; Resick и др., 1988). Во всех этих исследованиях эффект лечения поддерживался в период 6-месячного катамнеза.

КБТ

Недавнее рандомизированное исследование сравнивало экспозицию в воображении с когнитивной терапией у 72 ветеранов войны, страдающих хроническим ПТСР (Tarrier и др., 1999). Оба подхода привели к значительному улучшению состояния больных. Другое контролируемое исследование с участием 87 пациентов, страдающих хроническим ПТСР, сравнивало экспозиционную терапию, когнитивную реструктуризацию, их комбинацию и релаксацию (Marks и др. 1998). Как бихевиоральная терапия (экспозиция), так и когнитивная терапия привели к значительному улучшению состояния больных, и результаты подержались в 6-месячном катамнезе. Комбинация не принесла никакого дополнительного преимущества по сравнению с предыдущими методами, релаксация показала минимальный эффект. В исследовании Foa (1999) сравнивали три группы женщин,

проходящих активное лечение (экспозиционная терапия, «вакцинация» против стресса (stress inoculation training) и комбинация этих двух методов), с группой пациенток, жертвами изнасилования, ожидавших лечения. Все три группы, проходившие активное лечение, показали значительное улучшение состояния, и результат был сохранен в годовом катамнезе.

В открытом исследовании с участием 17 детей, страдающих ПТСР, после краткосрочной КБТ, направленной на преодоление состояния аффекта, более чем у половины детей полностью исчезли все симптомы. Данный результат сохранился в 6-ти месячном катамнезе (March и др., 1998).

ДПДГ (EMDR)

Десенсибилизация с помощью движения глаз (ДПДГ) — относительно новый подход, по поводу которого до сих пор существуют спорные позиции (Hollander a Simeon, 2003). В 5-ти летнем катамнестическом исследовании с участием небольшой группы ветеранов, которые первоначально лечились с использованием метода ДПДГ и у которых был удовлетворительный эффект, это улучшение исчезло во время наблюдения (Macklin и др., 2000). Хотя ДПДГ оказалось более эффективным, чем релаксация (Carlson и др., 1998), последние рандомизированные исследования, сравнивающие КБТ с ДПДГ, были однозначно в пользу метода КБТ как после лечения, так и в 3-месячном катамнезе (Devilly и Spence, 1999).

8.4.3. Лечение посттравматического стрессового расстройства

Основной вид лечения ПТСР — психотерапия (в особенности, КБТ), лечение антидепрессантами (СИОЗС, нефазодон, ТЦА) или противосудорожными препаратами, в случае психотических симптомов — антипсихотическими препаратами. Лечение анксиолитиками при ПТСР рекомендуется только в течение короткого периода времени, прежде чем начнут действовать антидепрессанты, но в связи с риском развития зависимости лучше их избежать. Некоторые антидепрессанты в нескольких контролируемых исследованиях показали значительную эффективность при всех основных и дополнительных симптомах ПТСР. Результаты фармакологических исследований имеют некоторые ограничения. Большинство из них были выполнены в более узкой группе травмированных людей: ветераны войны, люди после автомобильной аварии или изнасилованные женщины. Обобщение других групп населения иногда вводит в заблуждение. Часто оказывается, что во время терапии исчезают лишь некоторые симптомы. Вероятно, в этом случае, в большей степени, чем при других расстройствах, существует потребность, кроме фармацевтических препаратов, лечить пациента и психотерапевтическим способом.

Фармакологические методы лечения ПТСР кратко перечислены в следующей таблице.

Таблица 8.21. Фармакологическое лечение ПТСР (Praško, 2004)

Основное лечение		
СИОЗС	**Вся группа**	Основное лечение, эффективность была доказана, хорошо переносимы, прием один раз в сутки
	Сертралин	Эффективность надлежащим образом задокументирована, доказана в крупном контролируемом исследовании, рекомендуемая доза, которая подходит для большинства пациентов составляет 50—200 мг/ сут.
	Флуоксетин	Эффективность доказана в двойном слепом исследовании, однако, у некоторых пациентов повышает чрезмерное возбуждение.
	Пароксетин	Эффективность доказана в большом открытом исследовании
	Циталопрам	Эффективность доказана в открытом и двойном слепом исследовании
	Флувоксамин	Эффективность доказана в нескольких открытых исследованиях
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и блокаторы 5-HT2 рецепторов	**Нефазодон**	Несколько открытых исследований, одно с присутствием резистентных пациентов
Другие антидепрессанты	**Трициклические**	Эффективны на основании двойных слепых исследований, ряд побочных эффектов, эффективны в случае многочисленных травм (ветераны)
	ИМАО	Фенелзин вероятно наиболее эффективным препаратом для лечения ПТСР, в нашей стране нет в наличии
Препараты, подходящие для аугментации или для приема в том случае, если основные препараты не являются эффективными в достаточной степени		
Стабилизаторы настроения	**Литий**	Уменьшение возбуждения и интрузивных симптомов в открытых исследованиях
	Карбамазепин	Снижение навязчивых интрузивных симптомов, гнева, импульсивности в открытом исследовании
	Вальпроат	Уменьшение гиперраздражительности и возбуждения в открытых исследованиях
	Ламотриджин	Небольшое контролируемое исследование, воздействие на вспоминание, эмоциональной отстраненности и чрезмерного возбуждения
Агонисты серотонина	**Буспирон**	Эффективность доказана в открытом исследовании
Антипсихотические препараты	**Рисперидон**	Влияние на воспоминания, интрузивные воспоминания, чрезмерное возбуждение и побочные психотические симптомы
	Оланзапин	
	Кветиапин	
Бензодиазепины	**Алпразолам**	Принимать в краткосрочной перспективе, при увеличении дозы, в особенности оказывает влияние на физические симптомы тревоги
	Клоназепам	

Ингибиторы адренергической активности	**Клонидин**	В качестве дополнительного медикаментозного лечения снижает частоту ночных кошмаров и воспоминаний
	Пропранолол	В качестве дополнительного медикаментозного лечения понижает физические проявления тревоги, чрезмерное возбуждение и интрузивные симптомы

Рекомендуемая поддерживающая терапия должна длиться 1—1,5 лет, прежде чем прием препарата постепенно прекращается. Литий, карбамазепин и вальпроат — подходящие дополнительные медицинские препараты для контроля импульсивности. β-блокаторы (клонидин и пропранолол) могут ускорить наступление терапевтического эффекта и помогают контролировать вегетативные симптомы.

В связи с высоким риском развития зависимости при ПТСР, прием бензодиазепинов считается амбивалентным (Gelder и др., 1996; Hollander и Simeon, 2003). Тем не менее, при обострении симптомов они эффективны. Используются как классические бензодиазепины (диазепам, хлордиазепоксид, медазепам, оксазепам), так и высоко потентные бензодиазепины, такие как клоназепам. Их прием должен составлять максимум 4—8 недель, а затем постепенно сокращен.

Прием антипсихотических препаратов до настоящего момента был мало исследован, однако, они могут помочь клинически для краткосрочного контроля агрессии, при беспокойстве, или в случае переходных психотических явлений. Классический антипсихотический препарат — галоперидол. Однако в настоящее время чаще рекомендуются антипсихотические препараты второго поколения, такие как рисперидон, оланзапин и кветиапин.

Принципы лечения ПТСР включают создание терапевтических отношений, объяснение и образование о том, что происходит с пациентом, и уменьшение или устранение стигматизации. Образование о дестигматизации, как правило, необходимо проводить и с членами семьи больного, если на это получено согласие пациента. В основном, образование касается описания симптомов ПТСР, их влияния на поведение и отношения, а также принципов лечения. Необходимо поставить реалистичные цели (в большей степени, подчеркивающие лучшее функционирование на работе и в семье, лучший контроль импульсов и аффектов, но не полное устранение симптомов) и информировать о возможных колебаниях симптомов во время лечения. Можно рекомендовать подходящий материал для чтения, в котором присутствуют рассказы людей, страдающих ПТСР и специализированные брошюры, описывающие симптомы и методы лечения. В том случае, если ПТСР связанно с каким-либо преступлением, по которому не было возбуждено уголовное дело или судебное разбирательство, то эту ситуацию необходимо обсудить с пациентом. Очень важна мобилизация социального круга пациента — родственников, друзей или же поддерживающих групп.

8.4.4. КБТ подход к посттравматическому стрессовому расстройству

Задача терапевта в лечении ПТСР — помощь больному в том, чтобы снова пройти через воспоминания о травматическом событии, и, в то же время, выразить соответствующее аффективное переживание. Далее, необходимо уменьшить чувствительность пациента по отношению к травматическим воспоминаниям и

позволить ему вновь обрести чувство контроля над своими переживаниями. КБТ работает структурировано, шаг за шагом. Пациент для начала учится управлять своими симптомами, спорить со своими автоматическими обвиняющими мыслями, воздействовать на воспоминания о травме и ситуации, которых он избегает, и научиться расслабляться (подробнее см. Praško и др., 1997; Praško и Kosová, 1998). В большинстве случаев достаточно амбулаторного лечения, и лишь при возникновении вторичного нарушения, особенно глубокой депрессии, целесообразно начинать лечение с госпитализации. Лечение, как правило, происходит в течение 8—16 сеансов — первоначально один раз в неделю, затем достаточно 1 раз за 14 дней. Подходят и катамнестические сеансы после 3, 6 и 12 месяцев, которые одновременно имеют и профилактический эффект.

Терапевтические шаги в процессе лечения схожи с другими тревожными расстройствами. С самого начала лечения значительный акцент делается на экспозицию травматических воспоминаний и отреагирование травмы.

С первой встречи мы создаем терапевтический альянс, в котором пациент — самый большой эксперт своих симптомов и их изменений, а терапевт, в качестве профессионала, может помочь ему найти способ эффективной борьбы с симптомами. Мы пытаемся установить взаимное сотрудничество с начала выполнения первой небольшой задачи, которую мы совместно реализуем сразу на первом сеансе, а затем пациент должен будет самостоятельно работать над выполнением домашних заданий.

8.4.4.1. КБТ обследование при посттравматическом стрессовом расстройстве

Диагностический процесс, экспертиза и оценка пациентов, страдающих ПТСР, включают полное психиатрическое обследование, получение информации от близких пациента, или же свидетелей его травматического события. Цель оценки — установление характера, интенсивности и продолжительности отдельных симптомов, преморбидных особенностей личности и анамнез. Если частью травмы было ранение, необходимо провести детальное неврологическое и физическое обследование.

Диагностические методы и тесты

1. Для постановки диагноза, как правило, достаточно стандартной психиатрической экспертизы, идентификации травмирующих событий и прояснения клинической картины расстройства;
2. Чтобы прояснить проблему, целесообразно использовать анкеты (анкета страха, SCL-90 анкета избегающего поведения, Шкала тревожности Шихана, Гамильтона или Бека, Шкала тяжести расстройства Шихана, или же Анкета жизненных событий);
3. Для оценки личности целесообразно использовать MMPI или CPI;
4. Для исключения соматических причин необходимо провести внутреннее обследование и стандартные лабораторные тесты, включая ЭКГ и ЭЭГ;
5. В более трудной дифференциальной диагностике целесообразно провести неврологическое обследование или КТ обследование при подозрении органического поражения головного мозга.

MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory
CPI = California Personality Inventory

Важные области оценки пациентов, страдающих ПТСР

1. Описание травматического события — детали, чувства, мысли, поведение, физиологические реакции, последующие симптомы травмы;
2. Признаки ПТСР;
3. Когнитивные события — определить специфическое значение травматических событий (автоматические мысли) по отношению к себе, к окружению, миру и будущему;
4. Когнитивные схемы — специфическое значение событий в контексте жизненного опыта и дисфункциональных схем;
5. Возбудители, мысли, поведение, эмоции, физиологические реакции, последствия и модифицирующие факторы при ПТСР;
6. Хронические последствия и последующие проблемы: депрессия, панические атаки, нарушения, проблемы в семье, сексуальная дисфункция и т.д.;
7. Вторичные когнитивные искажения: обнаружение «ответственности» и «вины» за симптомы и последствия;
8. Уровень адаптации перед травмой и в настоящее время.

8.4.4.2. Оценка и измерение посттравматического стрессового расстройства

Мы проводили бихевиоральный, когнитивный и функциональный анализы на основе общего обследования пациента. Обычно это дает достаточно информации для лечения, однако, может быть полезным его дополнение самооценивающими анкетами и объективными оценивающими шкалами. SCL-90 — подходящее дополнение к выявлению более широких профилей симптомов пациента, возможного наличия паранояльного и депрессивного расстройства, которые часто появляются при ПТСР. Шкала тревожности Шихана измеряет общий уровень тревожности количественным способом, содержит пункты, касающиеся физических симптомов и избегающего поведения. В получении количественной оценки общего уровня тревожности также может помочь Шкала тревожности Бека. Для оценки собственных специфических симптомов ПТСР разработана Анкета травматических воспоминаний, Запись флэшбэков, Анкета проявлений раздражительности, Анкета избегания и защиты.

Анкета травматических воспоминаний

Для каждого из следующих пяти пунктов запишите частоту и интенсивность в течение последней недели. Используйте оценку в соответствии со шкалой, указанной ниже.

Частота: Как часто событие происходило за последнюю неделю?

0	1	2	3
Совсем не появлялось	Один раз за неделю / очень мало / редко	2—4 раза за неделю / иногда / половину срока	5 или больше раз в неделю /очень часто / почти постоянно

Интенсивность (стресс): Насколько интенсивными или подавляющими были эти события за последнюю неделю?

0	1	2	3
Совсем не мешали	Немного неприятные и подавляющие	Очень неприятные и подавляющие	Чрезмерно неприятные и подавляющие

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы и обведите номер на каждой шкале, который в наибольшей степени подходит вашей ситуации:

	Событие	Частота	Интенсивность (стресс)
1	Появлялись ли у вас за последнюю неделю воспоминания, мысли или представления (в том числе запахи или звуки), связанные с травмирующим событием, которые появились автоматически, несмотря на то, что они были нежелательными?	0 1 2 3	0 1 2 3
2	Появлялись ли за последнюю неделю сны или ночные кошмары, касающиеся травматического события?	0 1 2 3	0 1 2 3
3	Появлялись ли за последнюю неделю какие-либо внутренние чувства, что вы повторно переживаете травматическое событие, или, что Вы ведете себя так, как будто бы оно заново происходит (воспоминания)?	0 1 2 3	0 1 2 3
4	Случалось ли за последнюю неделю так, что при упоминании о травмирующем событии вы испытывали сильные эмоции, напоминающие о травме (сильная печаль, беспомощность, гнев, страх, тревога и т.д.)	0 1 2 3	0 1 2 3
5	Появлялись ли за последнюю неделю физические ощущения, которые напоминали бы о травматическом событии, такие как учащенное сердцебиение, мышечное напряжение, давление в брюшной полости, головная боль, затрудненное дыхание, повышенная потливость, замерзание, тремор рук и т.д.?	0 1 2 3	0 1 2 3

Оценка ограничений: Теперь на второй шкале необходимо изобразить, насколько симптомы переживания беспокоили и мешали функционировать в повседневной жизни (работа, семья, отдых) за последнюю неделю.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Совсем не ограничивали		Немного ограничивали		Явно ограничивали		Значительно ограничивали		Чрезмерно ограничивали

Теперь, сложите вместе все баллы, которых вы достигли по этим двум шкалам:

Общая оценка частоты переживания прошлого .... баллов
Общая оценка интенсивности переживания прошлого .... баллов
Общая оценка переживания прошлого за неделю от......до......составляет...................баллов
Оценка ограничений на этой неделе .... баллов

Оценка:

Позиция:	Низкая	Средняя	Высокая
Частота	0—5	5—10	10 и более
Интенсивность	0—5	5—10	10 и более
Ограничение	0—2	3—5	5—8

Запись воспоминаний

А. Определение возбудителей	Опишите, что вы узнали
Когда это случилось?	
Чем вы занимались в это время?	
Что еще происходило, когда появились воспоминания?	
Был кто-нибудь рядом с вами?	
Можете ли вы найти некоторое сходство между травматическим событием и ситуацией, когда появились воспоминания? Какое именно?	

Можете ли вы вспомнить, когда вы чувствовали себя подобным образом, как в прошлом?	
Чем похожа и чем отличается предыдущая и нынешняяситуация?	
Как вы думаете, что самое важное для появления воспоминаний (например, мысли, запахи, звуки, изображения, вкусы, юбилеи, поведение других людей, и т.д.)	
Б. Идентификация травматических воспоминаний	
Что вы помните из прошлого?	
Опишите, хотя это может быть неприятным, как можно больше деталей, которые вы сможете вспомнить	
Можете ли вы описать или нарисовать образы, которые появились, рассказать о звуках, которые вы слышали?	
Знаете ли вы, как долго это длилось?	
Можете ли вы вспомнить, что происходило вокруг вас во время воспоминаний. Опишите как можно больше обстоятельств	

Оцените меру неприятных ощущений на следующей шкале:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Отсутствие дискомфорта		Средний дискомфорт или стресс		Явный дискомфорт и стресс		Значительный стресс		Очень сильный стресс

В. Физические реакции	
Что происходило во время воспоминаний?	
Опишите в деталях как можно больше физических реакций.	
Насколько сильными были эти ощущения? Можете для каждого из них написать оценку на шкале 0—8?	
Что вы подумали об этих ощущениях? Насколько Вы их оценивали?	
Что вы сделали, когда появились эти ощущения?	
Что вы сделали для того, чтобы почувствовать себя лучше?	
Какие еще у вас есть возможности или методы, с помощью которых можно контролировать эти воспоминания?	

Анкета симптомов раздражительности

Следующие пункты описывают основные симптомы раздражительности типичные для людей, страдающих ПТСР. Для каждого из этих пунктов запишите частоту и интенсивность в течение последней недели. Используйте оценку в соответствии со шкалой, указанной ниже.

Частота: Как часто проявлялись симптомы раздражительности за последнюю неделю?

0	1	2	3
Совсем не появлялось	Один раз за неделю / очень мало / редко	2—4 раза за неделю / иногда / половину срока	5 или больше раз в неделю /очень часто / почти постоянно

Интенсивность (стресс): Насколько интенсивными или подавляющими были эти события за последнюю неделю?

0	1	2	3
Совсем не мешали	Немного неприятные и подавляющие	Очень неприятные и подавляющие	Чрезмерно неприятные и подавляющие

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы и обведите номер на каждой шкале, который в наибольшей степени подходит Вашей ситуации:

	Событие	**Частота**	**Интенсивность (стресс)**
1	Появилось ли за последнюю неделю расстройство сна, плохое качество сна, трудности с засыпанием, повторное или преждевременное пробуждение?	0 1 2 3	0 1 2 3
2	Появилось ли у вас за последнюю неделю состояние раздражительности, гнева или ярости, либо желание ссориться или вступать в конфликт?	0 1 2 3	0 1 2 3
3	Появились ли у вас за последнюю неделю проблемы с концентрацией внимания, рассеяность, забывчивость, проблемы с общением, проблемы с концентрацией внимания во время просмотра телевизора или при чтении?	0 1 2 3	0 1 2 3
4	Случалось ли у вас в течение последней недели, что вы были чрезмерно обеспокоены самим собой или другими людьми, боялись чего-либо или были вынуждены получать заверения от других людей?	0 1 2 3	0 1 2 3
5	Случалось ли у вас в течение последней недели, что вы чувствовали себя ужасно, были нервными, пугливыми, или чрезмерно усталыми, либо вялыми?	0 1 2 3	0 1 2 3

Оценка ограничений: Теперь на второй шкале необходимо предположить, насколько симптомы раздражительности беспокоили вас за последнюю неделю и мешали вам функционировать в повседневной жизни (работа, семья, отдых).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Совсем не ограничивали		Немного ограничивали		Явно ограничивали		Значительно ограничивали		Чрезмерно ограничивали

Теперь, сложите вместе все баллы, которых вы достигли по этим двум шкалам:

Общая оценка частоты появления симптомов раздражительности................................ баллов
Общая оценка интенсивности симптомов раздражительности.................................... баллов
Общая оценка симптомов раздражительности за неделю от......до......составляет........баллов
Оценка ограничений на этой неделе .... баллов

Оценка:

Позиция:	**Низкая**	**Средняя**	**Высокая**
Частота	0—5	5—10	10 и более
Интенсивность	0—5	5—10	10 и более
Ограничение	0—2	3—5	5—8

Анкета избегания и защиты

Для каждого из следующих семи пунктов запишите частоту и интенсивность в течение последней недели. Используйте оценку в соответствии со шкалой, указанной ниже.

Частота: Как часто Как часто событие происходило за последнюю неделю?

0	1	2	3
Совсем не появлялось	Один раз за неделю / очень мало / редко	2—4 раза за неделю / иногда / половину срока	5 или больше раз в неделю /очень часто / почти постоянно

Интенсивность (стресс): Насколько интенсивными или подавляющими были эти события за последнюю неделю?

0	1	2	3
Совсем не мешали	Немного неприятные и подавляющие	Очень неприятные и подавляющие	Чрезмерно неприятные и подавляющие

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы и обведите номер на каждой шкале, который в наибольшей степени подходит Вашей ситуации:

	Событие	Частота	Интенсивность (стресс)
1	Пытались ли вы на прошлой неделе вытеснить из своего внимания какие-либо мысли, воспоминания или чувства, которые напоминали о травматическом событии?	0 1 2 3	0 1 2 3
2	Избежали или пытались ли вы за последнюю неделю избежать действий, ситуаций или мест, которые напоминают о травматическом событии (в том числе общение с другими людьми)?	0 1 2 3	0 1 2 3
3	Случилось ли за последнюю неделю, что вы пытались вспомнить какой-либо важный аспект или деталь травматического события и у Вас это не получилось?	0 1 2 3	0 1 2 3
4	Случилось ли за последние 7 дней, что вы были меньше заинтересованы или чувствовали себя менее мотивированными, или вас просто стала больше раздражать та деятельность, которой вы ранее любили заниматься?	0 1 2 3	0 1 2 3
5	Появилось ли у вас за последнюю неделю отчуждение от других людей?	0 1 2 3	0 1 2 3
6	Пережили ли вы за последние 7 дней отчуждение собственных эмоциональных переживаний — как будто они вам не принадлежат, вы были за толстым стеклом — или были не в состоянии чувственно реагировать на эмоциональные проявления других людей, или были неспособны воспринимать юмор, который вас ранее веселил?	0 1 2 3	0 1 2 3
7	Случилось ли за последнюю неделю, что вы были не в состоянии думать о своем будущем, строить планы или принять решение, которое касается вашей будущей жизни?	0 1 2 3	0 1 2 3

Оценка ограничений: Теперь, на второй шкале необходимо указать, насколько за последнюю неделю симптомы переживания беспокоили вас и мешали функционировать в повседневной жизни (работа, семья, отдых).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Совсем не ограничивали		Немного ограничивали		Явно ограничивали		Значительно ограничивали		Чрезмерно ограничивали

Теперь, сложите вместе все баллы, которых Вы на этой неделе достигли на основании двух шкал:

Общая оценка частоты избегания и защит .... баллов
Общая оценка интенсивности избегания и защит .... баллов
Общая оценка избегания и защитного поведения за неделю от......до......составляе....баллов
Оценка ограничений на этой неделе .... баллов

Оценка:

Позиция	Низкая	Средняя	Высокая
Частота	0—7	7—14	14 и более
Интенсивность	0—7	7—14	14 и более
Ограничение	0—2	3—5	5—8

8.4.4.3. Проблемы и цели, план лечения посттравматического стрессового расстройства

Лечение сосредоточено на двух основных категориях симптомов (Davidson и др., 1997; Crockett и Davidson, 2002):

1) Основные симптомы ПТСР:

— навязчивое повторное воспоминание о травме (ночные кошмары и т.д.);

— избегание стимулов, напоминающих о травме;

— ангедония, потеря положительных эмоций, деперсонализация;

— повышенная возбудимость.

2) Вторичные жизненные проблемы:

— нарушение функционирования на работе, в семье, в свободное время;

— нарушенная толерантность к стрессу;

— проблемы в отношениях;

— коморбидные нарушения (депрессия, зависимость, другие тревожные расстройства).

После бихевиорального, когнитивного и функционального анализа следующий шаг — определение проблем. Они касаются как самих симптомов, так и вторичных жизненных проблем.

Когда я слышу звуки автомобилей на дороге, у меня появляются воспоминания и потребность позвонить Рите и узнать, все ли с ней в порядке. Это происходит примерно 30 раз в день. Она упрекает меня за это.

Каждый раз, когда Павел дотрагивается до меня, это напоминает мне об изнасиловании, и я вынуждена оттолкнуть его. Я способна заниматься любовью только тогда, когда я пьяна.

Из-за страха перед следующей аварией я не в состоянии выехать на машине за город без ограничения скорости до 90 км/ час.

После определения проблем, целесообразно совместно с пациентом определить цели лечения. Цель должна быть определена конкретно, чтобы было ясно, достиг ли ее пациент или нет. Цель «Чтобы у меня больше не возникали воспоминания» — слишком общая. При проблемах, изложенных выше, конкретные цели могли бы выглядеть следующим образом:

Хочу научиться контролировать воспоминания при звуках автомобилей на улице и затем не звонить Рите, чтобы удостовериться, что с ней все нормально.

Хочу смотреть эротические фильмы и терпеть любовные прикосновения мужа, если я этого действительно захочу, без необходимости употреблять алкоголь.

В конце терапии я хочу ездить на машине за город и не ограничивать скорость выше 90 км в час.

8.4.4.4. Терапевтические вмешательства при посттравматическом стрессовом расстройстве

Когнитивно-бихевиоральные вмешательства при ПТСР основаны на тщательном анализе проблем пациента, их общей концептуализации, которая определяется с учетом индивидуальных потребностей пациента. В общем плане, весь процесс можно разделить на следующие этапы:

1. Ориентация и эмоциональная поддержка;
2. Отреагирование;
3. Психообразование о ПТСР и его лечении;
4. Экспозиции;
5. Когнитивная реструктуризация;
6. Релаксация;
7. Решение проблем;
8. Прекращение лечения и профилактика рецидивов.

1. Ориентация и эмоциональная поддержка

Ориентация: иногда пациент не понимает взаимосвязь между травматическим событием и настоящим временем (при очень разнообразной симптоматике). Особенно, если прошел длительный период времени после травматического события и воспоминания о нем не возникают. Рассмотрение симптомов во взаимосвязи с событиями и объединение их в стрессовую модель помогает пациенту ориентироваться в полиморфных симптомах и редуцировать их на несколько основных. Это уменьшение симптомов важно для укрепления надежды на излечение и изменение. Отдельные симптомы так же, как и другие расстройства, необходимо включить в модель КБТ.

Принятие и уважение особенно необходимы в ситуациях, когда травматическое событие привело к самообесцениванию человека, когда присутствует чувство, что в той ситуации он поступил не в соответствии со своей моральной установкой (девушка не защищала себя при изнасиловании, водитель не помог людям в разбитой машине и т.д.). При ПТСР чувство вины и стыда очень распространено, по этой причине пациент часто рассказывает о своей травме и ее лечении постепенно, мучительно, может испытывать сильные вегетативные реакции.

Мы также должны помнить, что во время сеанса пациент часто изменяет версию произошедшего — окончательный вариант травматического события иногда значительно отличается от первоначального. Это обусловлено многими факторами, в основном стыдом пациента, который может первоначально представить менее обесцененную версию. Другие причины могут заключаться в «слепых местах» в воспоминаниях, которые заполняются непосредственно в процессе терапии. Эмоциональную поддержку, прежде всего, мы выражаем с помощью эмпатии. Эмпатия — сопереживание — позволяет пациенту почувствовать, что его

слушают с интересом и участием, что он в безопасности. Терапевт может выразить эмпатию с помощью целого ряда вербальных и невербальных методов.

Эмпатические проявления и их примеры

1. невербальное выслушивание: зрительный контакт, выражение участия на лице, принимающая позиция, кивание головой.
2. вербальные паралингвистические элементы: «хм», «угу», «я понимаю».
3. перефразирование: «Я понимаю, в этой ситуации вы почувствовали, что необходимо убежать».
4. резюмирование: «Я постараюсь рассказать вам, как я понял ту ситуацию, которая с вами произошла. Из автомобиля вы услышали крик и сразу почувствовали, как все ваше тело застыло. Вы не могли двигаться, у вас было такое чувство, что если вы приблизитесь к машине, то, наверное, умрете. Теперь вы, однако, упрекаете себя за то, что повели себя трусливо, и что уже никогда не сможете это исправить.

2. Отреагирование

Отреагирование — катарсис (англ. abreaction — очищение или оздоровление) — первоначально означало сильные эмоции, которые сопровождали появление травматических воспоминаний во время гипноза. Позже этот термин стал использоваться для интенсивных эмоциональных переживаний во время терапии. Многие терапевты считают, что отреагирование — самая важная стратегия ПТСР. Отреагирование, безусловно, очень помогает, так как происходит резкое освобождение от эмоций, связанных с травмой и ее последствиями. Однако, эффективность ее краткосрочная. Для полного удаления симптомов самостоятельного отреагирования недостаточно, потому что симптомы ПТСР поддерживаются избегающим поведением, селективно акцентированным вниманием и, в основном, изменениями в когнитивной обработке событий.

Отреагирование может быть вызвано целым рядом терапевтических методов: чаще всего самим разговором, а также психодрамой, фильмом с подобной темой, гипнозом, воображением, внушением или гипервентиляцией.

Использование отреагирования в лечении ПТСР

1. сообщение об эмоциональном содержании (описание травматического события), которое приводит к эмоциональному облегчению;
2. возможность выражения эмоций, таких как гнев, беспомощность, чувство вины, печаль и т.д.;
3. интенсивное отреагирование может быть связано с соматизацией (так называемые, воспоминания организма: покраснение, боль, судороги, движения и т.д.);
4. приводит к моментальному облегчению, без когнитивной реконструкции, однако, происходит повторное появление симптомов;
5. отреагирование не приводит к реальным изменениям;
6. отреагирование — лишь первый шаг, после которого должен быть следующий;
7. используется как в прямом разговоре, так и в контексте с другими методами;
8. поведение терапевта во время отреагирования, а также и во время всей терапии: поддержка, принимающее и выражаемое уважение, эмпатия, ориентация, образование, сотрудничество.

3. Образование о ПТСР и его лечении

Далее пациента информируют о связях между отдельными симптомами в рамках модели КБТ. Образование, как правило, происходит с учетом его собственных симптомов. После объяснения функциональных связей необходимо показать, каким образом будет действовать лечение (Praško и др., 1998, 2002, 2003).

Пример тревожного состояния после «воспоминания»

4. Экспозиция

Так же, как и при других тревожных расстройствах, на пациента неоднократно и долгосрочно воздействуют раздражители, которые вызывают стрессовую реакцию. Он снова и снова экспонируется стрессовыми моментами в атмосфере безопасных терапевтических отношений. Экспозиция и глубокое отреагирование, в основном, происходят одновременно. Задача терапевта — облегчить процесс с помощью эмпатии.

Воздействие на травмирующие раздражители может происходить посредством различных методов:

1. прямая терапевтическая экспозиция посредством разговора;
2. письменная экспозиция;
3. экспозиция в воображении (имагинация);
4. экспозиция с использованием фильма на подобную тему;
5. экспозиция с помощью звуков, движений, прикосновений;
6. само-экспозиция (посещение места изнасилования, прогулка в одиночестве и т.д.);
7. систематическая десенсибилизация в фантазии.

1. ***Прямая терапевтическая экспозиция посредством разговора.*** Наиболее типичная экспозиция для пациентов, страдающих ПТСР, — длительное повторное воздействие на воспоминания о травме, которая беспокоит их. Самый простой способ заключается в предложении пациенту описать травматическое событие и вспомнить постепенно и как можно подробнее те обстоятельства травмы, которые вызывают в нем самую сильную тревогу или вегетативные симптомы.
2. ***Письменная экспозиция*** — типичное домашнее задание. Пациенту ставится задача, как можно более подробно, описать свое травматическое событие, свои мысли и эмоции во время происшествия. Первое описание, как правило, бывает очень кратким, однако, уже в следующем письменном задании пациент рассказывает о травматическом событии более детально. Важно структурировать задачу — для начала необходимо, чтобы пациент описывал конкретные внешние события, а лишь потом переходил к описанию внутреннего состояния. В рамках сеанса мы просим пациента прочитать все описание. Окончательный вариант обычно состоит из 3—6 страниц письменного материала. Отреагирование происходит как дома при письменном описании событий, так и во время чтения текста перед терапевтом. После неоднократного изложения ситуации и перечитывания происходит постепенное привыкание

и десенсибилизация чувствительности. В среднем, для этого требуется 8—10 описаний.

Пример письменной экспозиции в воспоминаниях 23-летней Зои:

Мы познакомились на дискотеке. Он был высокий, красивый, черноволосый и хорошо танцевал. После дискотеки он проводил меня домой. В среду он позвонил мне, и мы договорились о свидании. Он принес цветы и был очень милым. Мы пошли на ужин в ресторан. После ужина он проводил меня домой. Мы поцеловались, и он не приставал ко мне. Поскольку я только недавно рассталась со своим молодым человеком, то я была счастлива. Всю неделю он звонил мне, и мы с ним разговаривали по телефону, а в пятницу он позвонил и сказал, чтобы я вечером приехала к нему.

Я вышла из трамвая, повернула за угол и там увидела его с компанией друзей, они стояли у машины. Он представил меня как свою девушку. Мы пошли в парк и сели там в беседку. У него был странный голос, как будто раздраженный. Он постоянно куда-то отходил. Мы начали разговаривать. Он хотел, чтобы я села ему на колени. Он начал меня целовать, а потом он вдруг встал и куда-то ушел, оставив меня одну со своими друзьями. Один из них сказал мне, что я должна раздеться. Я подумала, что он шутит. Я ответила ему, что все расскажу Ивану. Затем другой парень начал трогать мою грудь. Я не знала, что делать. Я сильно разозлилась, вырвалась и убежала. Находясь в полном замешательстве, я побежала искать трамвайную остановку. Я сильно плакала. Я не понимала, что на самом деле произошло. Я почувствовала стеснение в груди, спутанность сознания и грусть. Я постоянно задавалась вопросом, почему они это сделали. Иван догнал меня, когда я проходила мимо парка перед остановкой трамвая.

Он начал извиняться за них. Я плакала и сказала, что иду домой. Вдруг он схватил меня за руку и потянул в парк. Он кричал на меня, что я свинья, и повалил меня на землю. Он ударил меня в живот, боль парализовала меня. Он сказал мне, чтобы я немедленно разделась. Я плакала и действовала как робот. Я ничего не чувствовала и не могла кричать. Все происходило как в страшном сне. Он стянул с меня джинсы и закричал, чтобы я раздвинула ноги. Это было очень больно. Затем, он засунул «его» мне в зад. Меня ужасно тошнило. Он кричал: «Теперь отсоси мне его, шлюха». Я не хотела делать этого, и он ударил меня ногой в живот, после чего я выполнила его приказ. Это было ужасно. Я никогда раньше не делала ничего подобного. Затем он надел штаны и ушел. Он оставил меня лежать, и я лежала, как мертвая. Я была не в состоянии встать или кричать. По парку ходили люди, но никто в темноте меня не заметил.

Через некоторое время я рассеянно надела джинсы. Я чувствовала пустоту. Словно в трансе, я пошла на трамвайную остановку. Я пришла домой, залезла в ванну и начала тщательно мыться.

В течение нескольких дней я не знала, что делать со всей этой ситуацией. Мать заметила, что я выглядела странной и начала задавать вопросы о том, что со мной случилось. Я рассказала ей обо всем. Она сильно кричала на меня, говорила, что я шлюха, упрекала меня, что я пошла в парк, и сказала

мне, что я во всем сама виновата. После многочисленных упреков мать пошла со мной в полицию. Там мне вновь задавали вопросы и выясняли все эти грязные детали. Я чувствовала, как все меня презирают.

Следующие полгода я жила, как будто в другом мире. Казалось, что все происходит в фильме. Я ходила в школу, но избегала людей. Я перестала с ними говорить. О том, что произошло, я как будто бы забыла. Примерно через полгода, мне приснился ужасный сон. Я проснулась с сильной болью в животе, как будто кто-то ударил в него. С тех пор у меня повторяются такие ужасные сны. Дважды во сне появлялся Иван и бил меня. С тех пор, у меня часто возникает чувство беспомощности. Жизнь потеряла для меня смысл. Я наглоталась таблеток, но меня спасли. Тем не менее, я чувствую себя ужасно, как паршивая овца, как шлюха. Я ужасно боюсь всех мужчин. С тех пор я не общалась ни с одним молодым человеком. Прошло уже 4 года...

3. ***Экспозиция в фантазии (воображении).*** Эффект экспозиции может быть усилен таким образом, что пациент закроет глаза, визуально представит себе всю ситуацию и опишет ее в настоящем времени. В этом случае возможно неоднократно возвращаться с пациентом к эмоциональным моментам до тех пор, пока не произойдет привыкание и десенсибилизация, т. е. пациент описывает ситуацию, но эмоциональной бури не происходит.
4. ***Экспозиция с использованием фильма подобного содержания.*** Многие пациенты имеют интенсивное отреагирование при просмотре фильма с темой, подобной их опыту. Как правило, пациенты избегают просмотра таких фильмов или избегают похожих сцен. Повторное представление сцены насилия приводит к привыканию и десенсибилизации.
5. ***Воздействие с использованием звуков, движений, прикосновений.*** Иногда бывает, что визуальные стимулы не приводят к достаточному отреагированию — пациент говорит о травме как будто издалека и в этом случае отсутствует вегетативное сопровождение. Если при проведении тщательного бихевиорального анализа мы узнаем, что типичный возбудитель тревоги — звук, определенное движение, прикосновение другого человека или самого пациента, то это и есть причина для организации экспозиции таким образом, чтобы впоследствии появился возбуждающий стимул:

Молодой человек без особого эмоционального сопровождения рассказывает о том, как присутствовал при тяжелой автомобильной аварии. По сути он сказал, что не испытывает вину из-за того, что не оказал помощь пострадавшим, потому что он это не умеет и мог бы только навредить жертвам. Визуализация событий происходила также без эмоций. Тем не менее, у пациента возникали постоянные воспоминания, и его мучило беспокойство о своей жене. Важным ключом к полному отреагированию в этом случае явился звук. Когда при визуальном воображении ситуации терапевт начал издавать громкий звук отчаянной мольбы о помощи, у пациента возникла сильная тревога и появились многочисленные самообвиняющие и самообесценивающие мысли. После повторной экспозиции и обработки этих автоматических мыслей симптомы исчезли.

Аналогичная ситуация иногда возникает у женщин, которые стали жертвами изнасилования. Наиболее важный стимул здесь прикосновение, особенно к внутренней стороне колен и бедер. После прикосновения происходит безусловная экспозиция травмы. Учитывая деликатность вызываемой подобным образом экспозиции, рекомендуется производить ее только в том случае, если имагинация недостаточна, и, если это возможно, в присутствии не менее двух терапевтов, причем, по крайней мере, одним терапевтом должна быть женщина. Другая возможность — присутствие партнера в качестве ко-терапевта. Это может быть очень полезно при десенсибилизации прикосновений, которые из-за вызова воспоминаний о травме мешают больному в полной мере наслаждаться сексуальной жизнью.

6. ***Само-экспозиция (посещение места изнасилования, хождение в одиночку и т.д.).*** Многие пациенты, страдающие ПТСР, избегают определенных мест или ситуаций, которые были связаны с травмой. Например, жертва изнасилования боится выйти на улицу ночью, или жертва автокатастрофы не в состоянии водить машину. Учитывая тот факт, что избегающее поведение мешает полноценной жизни и помогает поддерживать ПТСР, необходимо, чтобы пациент воздействовал на эти ситуации и преодолел свое избегающее поведение.

Пример списка пугающих ситуаций

Создайте список ситуаций, в которых у вас регулярно возникают неприятные ощущения, паника, страх, гнев или сильная тревога, и/или которых вы систематически избегаете, или от которых защищаетесь.

Измеритель интенсивности тревоги: Насколько интенсивна или подавляюща для меня эта ситуация?

0	1	2	3
Совсем мне не мешает	Немного неприятная и подавляющая	Очень неприятная и подавляющая	Сильно неприятная и подавляющая

Измеритель степени избегающего поведения: Насколько часто я избегаю этой ситуации?

0	1	2	3
Совсем не избегаю	Редко избегаю	Часто избегаю	Всегда избегаю

Ситуация	Предполагаемая интенсивность тревоги при экспозиции	Степень избегающего поведения
Смотреть автомобильные гонки по телевизору	1	2
Сесть в машину и просто сидеть в ней	1	2
Ездить в воскресенье на машине по району — там мало машин	2	1
Разговаривать о травматическом событии	2	2
Ездить с пассажиром на машине по городу	2	2
Ездить по городу в одиночку	2	2
Ездить с пассажиром по шоссе	3	2
Ездить в одиночку по шоссе	3	3
Ездить ночью с пассажиром по шоссе	3	3
Ездить ночью в одиночку по шоссе	3	3
Ездить в одиночку ночью зимой по шоссе	3	3

7. ***Систематическая десенсибилизация в воображении.*** Экспозиция в состоянии релаксации сегодня используется очень редко, тем не менее, она до сих пор имеет место в лечении ПТСР, в частности, при лечении детей или незрелых личностей. Экспозиция делает возможным иерархическое воздействие пугающей ситуации в воображении у тех людей, которые, как правило, не в состоянии вытерпеть вызванную реакцию

5. Когнитивная реструктуризация

Автоматические негативные мысли (АНМ) поддерживают ПТСР. Если больной сможет устранить эти АНМ, симптоматика снизится. При когнитивной реструктуризации мы должны вместе с пациентом определить специфическое значение его событий и помочь ему переменить эту точку зрения на более реалистичную:

1. Мы определяем мысли, представления и эмоциональное состояние пациента, относящееся к самому себе, обстоятельствам и будущему, и проверяем их истинность (особенно чувства иррациональной ответственности и вины, агрессивные мысли по отношению к умершему, детям или сексуальные желания в связи с изнасилованием и т.д.);
2. Мы пытаемся понять существующий кризис с точки зрения жизненной ситуации пациента и исследуем его взгляд на эту ситуацию;
3. Мы пытаемся понять существующий кризис с точки зрения восприятия пациента (схем), созданных на основании его жизни, и тестируем их адаптивность (чувство потери самоконтроля, страх получить увечья и отвержение со стороны других людей, проблемы сепарации, чувство одиночества).

Методы когнитивной реструктуризации подробно описаны в общей главе о стратегиях. В дальнейшем изложении мы для ясности будем проводить работу с ежедневными записями автоматических мыслей, так как это типичное домашнее задание для пациентов, страдающих ПТСР.

Для оспаривания негативных мыслей используются следующие шаги:

А) Осознание взаимосвязи между негативными эмоциями и негативными мыслями

Первый шаг для освоения негативных мыслей — помощь пациенту в осознании, каким образом его автоматические мысли влияют на его настроение. Его задача заключается в том, чтобы замечать смену своего настроения. Пациенту следует записывать, что с ним в данный момент происходит и о чем он в этот момент думает. Данный метод для начала осуществляется посредством оценивания определенной ситуации, когда произошло ухудшение настроения. Затем пациент самостоятельно выполняет ежедневные записи дисфункциональных мыслей, которые потом рассматриваются совместно с терапевтом при проверке домашнего задания.

Инструкции для выполнения домашнего задания заключаются в следующем:

1. Всякий раз, когда у пациента ухудшается настроение, он записывает это изменение в «запись автоматических мыслей» (см. пример). По шкале от 0—100 ему необходимо оценить, насколько плохо он себя чувствует. «0» означает чрезвычайно приятные ощущения, «100» означает очень неприятное чувство;
2. Далее, пациент должен записать ситуацию (что он делал, где был);
3. Затем, пациент записывает негативные мысли, которые пришли ему в голову перед или непосредственно в тот момент, когда его настроение изменилось в худшую сторону. Если он будет не в состоянии напрямую уловить свои мыс-

ли, он должен попытаться оценить, что конкретно происходило в данной ситуации. В тот же самый столбец он записывает, насколько он доверяет этим мыслям. 0 % означает, что он совсем не верит в них, 100 % означает, что он полностью в них уверен.

Пример записи негативных автоматических мыслей

Дата и время	Ситуация	Автоматические мысли	Эмоции
	Чем я занималась и о чем я думала?	О чем именно я думала? Насколько я этому верила? (0—100 %)	Что я чувствовала? Насколько сильно? (0—100 %)
Вторник 13:30	Я встретила черноволосого мужчину, похожего на того, который на меня напал	Он странно смотрит на меня. Что, если он пойдет за мной. Он точно пойдет за мной и узнает, где я живу. 90 %	Страх 80 %
Вторник 18:00	Мужа вечером не было дома	Этот мужчина пошел за мной и теперь знает, где я живу. Он проберется в дом и нападет на меня. 70 % Я не смогу защититься от него. 80 %	Напряжение 80 % Страх 90 %

Б) Исследование достоверности автоматических мыслей

Когда пациент научится лучше осознавать и улавливать свои автоматические мысли, следующий шаг заключается в рассмотрении их с логической точки зрения. Они действительно абсолютно верные? Они в действительности лучшим образом соответствуют тому, что произошло? Типичные вопросы, необходимые для установления достоверности автоматических мыслей перечислены в общем разделе.

Тестирование автоматических мыслей

Мысль: «Это была моя вина, что меня изнасиловали». (Я верю в эту мысль на 60 %)	
Что свидетельствует «за»?	**Что свидетельствует «против»?**
Я шла через парк в вечернее время.	*Было только восемь часов вечера, я и ранее там в это время обычно проходила.*
На мне была надета короткая юбка и высокие сапоги, это было вызывающим.	*Это верно. Но я не хотела никого провоцировать. Я шла домой от Кирилла, которому я хотела понравиться.*
Моя мать сказала мне, что это была моя вина.	*Мать меня разозлила, она неправа. Я не хотела, чтобы так произошло, чтобы эти пьяные мужчины изнасиловали меня.*
Полицейские дали мне понять, что я сама в этом виновата.	*Они так отвратительно вели себя. Как будто бы их это очень радовало. Говорят, что они часто ведут себя таким образом.*
Я не уверена, что меня это все-таки немного не возбудило	*Это я действительно не могу точно сказать, потому что не помню всю ситуацию, но в памяти отложилось, что я боялась за свою жизнь и была очень напряженной. И это, конечно, преобладало*

В) Рациональный ответ — мысль, которая в большей степени отвечает реальности

После окончания этапа тестирования автоматических мыслей посредством постановки вопросов мы помогаем пациенту изменить его АНМ и заменить их на более правдоподобные варианты. Важно, чтобы пациент нашел ответ самостоятельно, а мы помогли ему только в качестве «участников дискуссии». Нельзя самим предлагать пациенту свой рациональный ответ.

Рациональный ответ: Это не моя вина, что я была изнасилована, я никогда не хотела, чтобы со мной произошло что-то подобное, и я не шла по парку специально. Может быть, я могла быть более осторожной, но не имеет никакого смысла обвинять себя в произошедшем событии. Это ни в чем мне не поможет.

Кроме того, мы можем помочь пациенту тем, что обсудим с ним тип когнитивной ошибки, которую он допустил при данной мысли:

Рациональные ответы после обнаружения когнитивных ошибок

Автоматические мысли	Ошибки в мышлении	Рациональный ответ
Если я останусь дома одна, кто-нибудь на меня нападет.	Самовольная дедукция.	Если на меня один раз напали, это не значит, что это случится снова.
Моя репутация навсегда запятнана, я ни на что не способна.	Чрезмерное обобщение.	Это не так. Моя ценность зависит от того, что я делаю, а тот факт, что на меня напали, не имеет к этому никакого отношения.
Все будут смотреть на меня сверху.	Преувеличение, чтение мыслей.	Возможно, что кто-нибудь и будет смотреть на меня сверху, но такой человек мне не нужен. Большинство людей относятся ко мне нормально.
Никогда никому не смогу помочь	Негативное пророчество, катастрофизация, «все или ничего», преувеличение	Один раз я сильно испугалась, но в следующий раз, если нечто подобное произойдет, я попытаюсь реагировать более грамотно

Затем пациент оценивает по шкале от 0—100 %, насколько эти рациональные ответы для него убедительны.

Г) Результат — насколько пациент на данный момент верит в свои негативные мысли, и что он в состоянии сделать прямо сейчас

1. Пациент еще раз смотрит на свою исходную мысль. Она, по-прежнему, так же убедительна или оценка изменилась? Ответ он записывает в последний столбец под названием «Результат» под пунктом 1.
2. Пациент снова испытывает свои эмоции. Они такие же, как были раньше, или после работы с негативными мыслями они изменились? После пункта «Результат» под пунктом 2, снова необходимо записать их оценку.
3. Наконец, он задает себе вопрос: «Что конструктивного можно сделать прямо сейчас?» Ответ на этот вопрос он записывает в раздел «Результат». Здесь также можно отметить, что еще он мог бы сделать в подобной ситуации в следующий раз, чтобы не чувствовать себя так плохо.

Пример записи негативных автоматических мыслей

Дата и время	Ситуация	Автоматические мысли	Эмоции	Рациональный ответ	Результат
	Что я делала, о чем я думала?	О чем именно я думала? Насколько я в это верила? (0—100 %)	Что я чувствовала? Насколько сильно? (0—100 %)	Каков рациональный ответ на автоматическую мысль? Насколько я в нее верю? (0—100 %)	Насколько я сейчас верю в автоматическую мысль? (0—100 %) Как я себя сейчас чувствую? (0—100 %) Что я могу сейчас сделать?

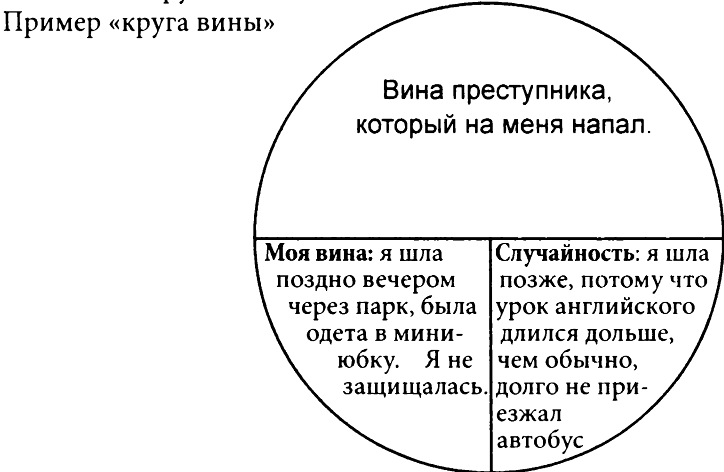
Вторник 13:30	Я встретила черноволосого мужчину, похожего на того, который на меня напал	Он странно не меня смотрит. Что, если он пойдет за мной? Он точно пойдет за мной и узнает, где я живу. 90 %	Страх 80 %	Даже если он пойдет за мной, вокруг полно людей. Если даже он дойдет до моего дома, все равно он не узнает мой этаж.	10 % Страх 10 % Заниматься стиркой вещей
Вторник 18:00	Мужа вечером не было дома	Этот мужчина шел за мной и теперь знает, где я живу. Он проникнет в квартиру и нападет на меня. 70 % Я не смогу от него защититься. 80 %	Напряжение 80 % Страх 90 %	Я не видела, пошел ли он за мной или нет. В квартиру он просто так не сможет попасть. 80 % Я могу громко кричать. 50 %	10 % и 50 % Напряженность 10% и страх 20% Поставить стирать вещи и посмотреть новости по телевизору

Цель когнитивной реконструкции у больных, страдающих ПТСР, — изменение понимания того, что произошло, принятие «истории» так, чтобы пациенты воспринимали травматическое событие как трудный жизненный опыт, который уже относится к прошлому, и воспринимали себя не в качестве жертвы, а как «того, кто это пережил и выдержал», и кто сможет свои текущие проблемы, вопреки или даже благодаря этому событию, активно решать.

Круг вины

Пациентам, страдающим от сильного чувства вины, помогает, когда терапевт после обсуждения с ними травматического события, в котором они винят себя, запишет список всех факторов, присутствующих в возникновении данного события. Эти факторы пациент записывает в столбец и лишь в последнюю строку напишет «я сам». Затем терапевт просит пациента присвоить номер каждому из указанных факторов, который соответствует тому, на сколько процентов этот фактор участвовал в финальном событии. Он может (но не обязательно) добавить и свою собственную оценку, на сколько процентов данный фактор участвовал в заключительном событии. Учитывая тот факт, что вина пациента оценивается только в конце, соответствующую долю можно получить простым подсчетом до 100 %. Полученную оценку доли вины следует графически изобразить на, так называемом, «круге вины»:

Пример «круга вины»



Пациентка Яна очень упрекала себя за то, что сама виновата в изнасиловании, потому что она шла одна вечером по парку, была одета в мини-юбку, и во время нападения она не особенно сопротивлялась преступнику, потому что была полностью парализована от страха. После разговора с терапевтом, Яна была готова признать, что доля вины за изнасилование лежит и на преступнике, который за ней наблюдал и следовал за ней до укромного места. Она также признала, что в этом случае имеет место несчастное совпадение обстоятельств, потому что урок английского длился слишком долго, и она пропустила автобус, на котором обычно ездит. Поэтому она пошла домой пешком.

После этого анализа и создания графического изображения, Яна осознала, что ее вина намного меньше, чем она первоначально предполагала.

6. Релаксация

Практика релаксации. Пациент изначально практикует релаксацию под руководством терапевта, затем самостоятельно, в спокойной обстановке и, наконец, в той ситуации, которая вызывает у него беспокойство. Релаксация используется во время практики систематической десенсибилизации, а также, имеет большое значение для снижения гипервозбуждения и его вегетативных симптомов. Подходящие методы: прогрессивная релаксация и аутогенная тренировка. Чаще используется прогрессивная релаксация Оста (1987).

7. Решение проблем

Проблемы, которые возникли у пациента в связи с ПТСР в семейной жизни и на работе, необходимо устранить. Многие из них могут, в действительности, способствовать поддержанию ПТСР (потеря имущества, работы, семейные проблемы, сексуальная дисфункция). Решение проблем — комплексная стратегия, которая применяется в заранее определенных сферах жизни пациента.

8. Окончание терапии и профилактика рецидивов

Перед окончанием терапии мы сводим к минимуму встречи с пациентом и подготавливаем его к будущему. Мы не исключаем тот факт, что через какой-то период времени иногда может появляться повышенная тревожность при воздействии типичного возбудителя, однако, это не должно стать для пациента препятствием для продолжения экспозиции в данных ситуациях. Важно активно исследовать, как он самостоятельно может использовать навыки, которые он освоил во время лечения (когнитивная реконструкция, письменные экспозиции, релаксация).

Мы также стараемся предсказать, какие жизненные ситуации могут возникнуть в ближайшем будущем (например, потеря работы, уход от родителей, разрыв отношений). Необходимо, чтобы пациент составил план противостояния этим ситуациям.

Некоторые пациенты хотят убедиться, что в случае возникновения у них чувства дискомфорта в ближайшем будущем, мы вновь будем с ними заниматься. Мы, конечно, будем рады, если такое заверение не потребуется. В том случае, если они все же попросят заверить их, можно сказать что-нибудь приблизительно следующего содержания:

Если вы действительно будете нуждаться во мне, я буду доступен для вас, но будет лучше, если вы сможете все преодолеть самостоятельно, чем будете зависимым. Если вы сами сможете справиться с определенным дискомфортом, это усилит результат лечения.

8.4.4.5. Проблемы в лечении посттравматического стрессового расстройства

Избегание воспоминаний о травме — характерная черта ПТСР, но иногда это может быть препятствием для лечения. Больной сразу непосредственно заявляет, что хочет забыть о травматическом событии и никогда больше не хочет об этом говорить. Пациент, разумеется, боится, что воздействие травмирующего события дестабилизирует его хрупкую эмоциональность. Поэтому необходимо провести подробное и повторное образование о природе травматических воспоминаний, а также о значении экспозиционной терапии. Важно, чтобы пациент доверял терапевту. Особенно это имеет значение при работе с пациентами, имеющими травмы, связанные с сильными чувствами вины и стыда. Эти темы необходимо обсудить до начала экспозиции и показать пациенту, что мы принимаем его со всем, что с ним случилось, и что он сделал. Пациент самостоятельно управляет воспоминаниями — терапевт не должен заставлять его что-либо вспоминать, а лишь деликатно поддерживать его при выполнении последующих шагов. Проблемы в основном появляются при работе с женщинами, которые ранее были изнасилованы и должны говорить об этом с терапевтом мужского пола. В таком случае лечение возможно, но подготовительный этап, во время которого у пациентки формируется чувство безопасности, занимает больше времени. Если есть такая возможность, ей можно предложить продолжение лечения у терапевта женского пола.

Коморбидные расстройства. Коморбидность с депрессивным расстройством и коморбидность с расстройством личности (в частности, пограничной), обычно затрудняет процесс лечения. Депрессивное расстройство целесообразно лечить в первую очередь, так как наличие ангедонии, абулии и самоупреки мешает проведению сложных экспозиций, тем более что при воспоминании о травме эмоционально напряженные ситуации могут ухудшить депрессивное переживание и увеличить риск суицидального поведения. Всегда необходимо учитывать медикаментозное лечение с помощью антидепрессантов, даже при умеренном депрессивном эпизоде. При депрессии средней тяжести и коморбидностью с ПТСР медлить нельзя, потому что риск самоубийства возрастает в 2 раза. При коморбидности с расстройствами личности (чаще всего с пограничным расстройством личности) часто необходимо одновременно заниматься контролем агрессивных и самоповреждающих импульсов. Терапия проводится в качестве лечения расстройства личности (большой акцент делается на терапевтические отношения, повышение мотивации пациента и анализ его эмоций), а к экспозициям травматических событий необходимо приступить немного позднее и более осторожно.

Преуменьшение успеха — это обычная реакция пациента на успех, которая снижает его уверенность в себе и деморализует его. Цель постепенного воздействия заключается в повышении у пациента уверенности в себе, в своих способностях справляться с трудными ситуациями. Поэтому необходимо, чтобы терапевт не-

однократно подчеркивал важность оценивания любого достигнутого прогресса, независимо от того, малый он или существенный. Терапевт должен замечать и оценивать любой успех, достигнутый пациентом, и задавать такие домашние задания, которые будут понятными, конкретными и наблюдаемыми. Таким образом, можно избежать неопределенности, которая может являться источником преуменьшения достигнутого результата.

«Я потерпел неудачу, я не справился с этой задачей». Необходимо объяснить пациенту, что если даже он не выполнил определенную задачу, это не означает, что он ни на что не способен, — часто это причина чрезмерно оптимистических ожиданий и чрезмерного планирования. Положительная сторона неудачи заключается в том, что пациент и терапевт получат больше информации о текущих возможностях пациента и смогут лучше спланировать следующие задачи. Пациента необходимо заранее предупредить о том, что каждый человек имеет свои «хорошие» и «плохие» дни, и что с этим фактом необходимо смириться. Неудачи и трудности при выполнении заданий естественно могут возникнуть, и это не означает полного провала, неспособности пациента или возвращения к первоначальному состоянию. Даже переживания, которые человек испытывает в качестве неудачи, могут быть использованы для того, чтобы пациент сделал из них выводы. Симптомы и производительность могут также ухудшиться при каком-либо заболевании, усталости или стрессе.

Проблема искаженных воспоминаний. Травматические воспоминания могут быть неточными, частично диссоциированными, когда пациент не помнит важную часть пережитой ситуации (как правило, речь идет о травматических событиях), частично связанных с другим собственным или чужим опытом (фильмы) или мечтами. Это не означает, что пациент их придумывает. К сожалению, это может привести к контрпереносу более ригидных терапевтов с подозрением и отказом от пациента. У большинства людей память неточная, и воспоминания смешиваются с различными отношениями, оценками и эмоциональным опытом. Пациент может отчасти «изменить» свои показания, особенно те, за которые ему больше всего стыдно. Иногда больной, при конфронтации с показаниями других людей, находится в замешательстве от того, что он помнит ситуацию по-другому. Обычно, для него это унизительный опыт, относительно которого терапевт должен дать ему необходимое объяснение. Проблема искаженных воспоминаний чаще встречается у людей, которые испытали несколько травм, и у людей, которые подвергались насилию в детстве.

8.4.5. КБТ и психофармакотерапия посттравматического стрессового расстройства

Существует общее убеждение, что пациенты, страдающие ПТСР, нуждаются в определенной форме психотерапии (Hollander и Simon, 2003). Кризисная интервенция происходит вскоре после травматического события, и она эффективна для снижения текущего стресса. Достаточно ли ее для профилактики хронических или отсроченных реакций до сих пор недостаточно ясно. Добавление фармакотерапии к психотерапии значительно эффективнее в лечении примерно у 70 % пациентов. Чем тяжелее симптоматика, тем интенсивнее применяется сти-

мулирующие фармацевтические препараты для поддержания способности пациента проработать травматическое событие и решить актуальные жизненные проблемы. (Bleich и др., 1986).

8.4.6. История болезни

Ярославу было 35 лет, когда он стал свидетелем дорожно-транспортного происшествия на трассе в Германии. На повороте он увидел автомобиль, который пробил дорожное барьерное ограждение и улетел в сторону. Ярослав остановился, перебежал через шоссе, увидел разбитый автомобиль и услышал крик людей. Он хотел пойти помочь, но остался стоять без движения на обочине. Он был не в состоянии двигаться. Пассажиры другого остановившегося автомобиля побежали к разбитой машине, достали из нее людей и вызвали скорую помощь. Ярослав, шатаясь, пошел к своей машине. Он был не в состоянии вести машину, за руль сел его коллега. Через несколько дней он забыл о произошедшем событии. Примерно через два месяца, когда он услышал тормоза автомобиля на улице, Ярослав невольно вернулся к воспоминаниям об аварии и ощутил чувство вины. Память о случившемся преследовала его на протяжении всего года с момента происшествия. Ярослав говорит, что потерпел полную неудачу, когда был не в состоянии помочь людям; если бы не второй автомобиль, никто бы не помог потерпевшим и не вызвал бы скорую помощь — они бы точно умерли в машине, и это была бы его вина. Картина автомобиля, врезающегося в дорожное барьерное ограждение, а затем вид разбитого автомобиля преследуют его до сих пор, хотя он всегда пытается отогнать от себя эти мысли и отвлечь от них внимание. Воспоминания возвращаются каждый день по многу раз. Достаточно услышать за окном звук тормозов, выйти на улицу и увидеть, как автомобили обгоняют друг друга, заметить отбойник у дороги, прочитать, услышать о дорожно-транспортном происшествии, смотреть автомобильные гонки по телевизору. Страх также передался его жене и матери. Ярослав по многу раз в день звонит им и спрашивает, в порядке ли они — он боится, что их собьет машина и никто им не поможет. Ярослав полностью прекратил водить машину при поездках за город, но даже по городу он ездит с чрезмерным страхом и только тогда, когда это действительно необходимо. За город он может ехать только в том случае, если машину ведет жена, но по трассе он не в состоянии ехать даже с ней. Ярослав испытывает сильный страх, когда жена едет с сыном куда-нибудь одна и старается предотвратить такие поездки. Жена Ярослава, однако, отказывается выполнять его требования. У Ярослава после травматического события сильно изменился характер, — прежде он был спокоен, а сейчас он стал напряженным, раздражительным, склонным к вспышкам гнева, чувствует себя неэнергичным, вялым, апатичным, вещи кажутся ему «далекими, как будто за стеклом», он не в состоянии испытывать что-либо, особенно, приятные переживания. Отношения с женой изменились, они стали все чаще ссориться. Жена упрекает Ярослава в том, что они не могут нормально поехать в отпуск из-за его опасений по поводу движения по трассе, и что он постоянно названивает ей, и на работе все уже смеются над ней,

что он все время запрещает ей что-то делать и заставляет ее быть осторожной. Кроме того, она обвиняет его в том, что он выпивает слишком много алкоголя. Ярославу не кажется, что он чрезмерно пьет, тем не менее, он знает, что если он вечером выпьет 2—3 рюмки алкоголя, он лучше засыпает, в противном случае, он не может заснуть 2—3 часа. К тому же у них с женой резко ухудшилась сексуальная жизнь. Ярослав, с момента аварии, чрезмерно напряжен и имеет проблемы с достижением эрекции, ему стыдно за это, и поэтому он избегает занятий любовью. В целом, он отдалился от жены и сына. В их присутствии он не может испытать радость, приятно провести время. Он часто думает о своем назначении как человека и убеждается в том, что ни на что не способен, так как не был в состоянии помочь людям в трагической ситуации. Также он обвиняет себя, что как муж, любовник и отец он ни на что не годен. На работе у него тоже появились проблемы, он стал более вспыльчивым и раздраженным, ему все труднее договариваться о чем-либо с коллегами, он отказывается ездить на деловые переговоры. Коллеги понимают его состояние, тем не менее, не желают уже это терпеть.

Примерно через год мучений Ярослав, по настоянию своей жены, которая в противном случае угрожала разводом, решил обратиться к психиатру.

Анамнестические данные: *Ярослав предприниматель. Он вырос в диссидентской семье, которая была гонима. С юных лет он научился от отца не доверять людям и не слишком полагаться на других. Из-за «кадровых мотивов» у Ярослава были проблемы с поступлением в среднюю школу. Таким образом, он сначала освоил профессию электрика и только потом окончил среднюю школу. Ярослав был уверен в том, что в институт его не примут, поэтому даже не пытался туда поступить. В семье Ярослав воспитывался в строгости, с акцентом на мораль — даже за незначительные правонарушения отец наказывал его со словами: «Мы должны показать коммунистам, что мы являемся более нравственными, чем они». Мать была покорной, во всем подчинялась отцу, Ярослав успокаивал ее, когда она очень нервничала. Еще ребенком он один ее успокаивал. Ярослав очень уважал своего отца, считал его независимым и всегда хотел быть похожим на него. В 27 лет он женился на Вере — девушке, с которой он до этого встречался 5 лет. Он считал это своим долгом, потому что они встречались так долго, хотя он сомневался в том, что они подходят друг другу. У них обоих был доминирующий характер, и они не любили уступать друг другу, часто сорились. Через год после свадьбы у них случился кризис, когда Вера нашла себе мужчину и хотела развестись. Ярослав смог пережить эту ситуацию, он был терпелив и не осуждал ее. Прожив два месяца у другого мужчины, она все же вернулась домой. Через год у них родился сын Петр. Это случилось вскоре после революции, Ярослав начал заниматься собственным бизнесом, который развивался вполне удачно. Он был счастлив — в отношениях с Верой все было хорошо, у них был сын, бизнес успешно развивался, они построили дом. В последующие шесть лет мир в семье сохранялся, сын рос хорошим мальчиком, в отношениях с женой все было спокойно, бизнес приносил приличные деньги. Вера, после декретного отпуска вернулась*

на работу, где у нее все получалось, семья регулярно ездила в отпуск по всей Европе, и они стали думать о втором ребенке.

Около полугода до травматического события внезапно умер отец Ярослава. Он не мог смириться с этим, не был в состоянии облегчить свое состояние или плакать. Он очень уважал своего отца и, одновременно, боялся его — никогда не был в состоянии говорить с ним открыто. После смерти отца ему было физически плохо, он перенес серьезную ангину и болезненное воспаление пазух.

В день аварии Ярослав с коллегой возвращались из командировки в Германию. Они хотели заключить контракт с крупной немецкой корпорацией, но сделка не состоялась. Ярослав был за рулем машины. Первоначально у них было не очень хорошее настроение — они немного спорили, затем, однако, начали посмеиваться над этой ситуацией. Потом, на другой стороне дороги, они вдруг увидели, как серебряный мерседес врезался в дорожное барьерное ограждение, пробил его и отлетел в сторону. Ярослав затормозил в шоковом состоянии, они с коллегой выбежали из машины и перебежали через шоссе на другую сторону. Они увидели разбитый автомобиль и услышали, как из него кричат люди. Они оба будто замерли и остались стоять на обочине дороги. В этот момент остановился проезжающий немецкий автомобиль, из которого выбежали люди и побежали к разбитой машине. Они вытащили раненых из машины и вызвали скорую помощь. Ярослав так и не сдвинулся с места, как и его коллега, который лишь спросил спасавших людей, не помочь ли им чем-нибудь. Помощи уже не потребовалось. Ярослав был не в состоянии вести машину, поэтому за руль сел его коллега.

Для Ярослава было непростой задачей вспоминать определенные моменты травмирующего события. Ему неоднократно пришлось прерывать свой рассказ, он потел, задерживал дыхание, у него наворачивались слезы, особенно, когда он описывал, что он, как человек, «потерпел полную неудачу».

После комплексного обследования психиатр попытался объяснить Ярославу, каким образом травматическое событие может в дальнейшем функционировать и что может его поддерживать. Он подчеркнул, что необходимо продолжать следить за различными проявлениями, чтобы понимание ситуации могло стать более ясным.

Факторы, повышающие чувствительность к стрессу. *Отец, которым Ярослав восхищался и одновременно боялся, делал основной акцент на нравственности, критиковал и чрезмерно наказывал за неудачи. В семье было мало защитных факторов против стресса, отсутствовали объятия, доброта и терпимость к ошибкам. Вся семья жила с присутствием внешнего стресса, связанного с преследованием. Ярослав, как ребенок, всегда пытался завоевать какую-либо значимость в глазах отца, поэтому он очень хорошо учился и постоянно контролировал степень своей нравственности.*

Еще одним поздним фактором, повысившим чувствительность Ярослава, стал кризис в браке, с которым он справился, но потерял чувство доверия к жене, которую он, впоследствии, никогда не считал своей опорой. С другой стороны, кризис укрепил его позицию, с которой он воспитывался в детстве

«Я должен вести себя нравственно!», потому что именно эта позиция, по его мнению, помогла ему вернуть обратно жену и подтвердила установку: «Все нужно делать самостоятельно, потому что другие могут предать тебя».

Незадолго до происхождения травматического события умер отец Ярослава, к которому у него было двойственное отношение. Со смертью отца он, до травматического события, не мог смириться. Кроме того, в этот период он несколько раз пережил инфекционное заболевание.

Провоцирующие факторы. *Травматическое событие произошло на фоне предыдущих факторов, которые диспонировали Ярослава к худшему управлению любым стрессом. Кроме того, в день травмы он потерпел неудачу во время переговоров, из-за чего сильно расстроился. Переживание автомобильной катастрофы явилось для него очень напряженным, так как в прошлом у него не было такого опыта. Такое испытание крайне стрессовое для большинства людей. На тот момент он не знал, как реагировать. Он осознавал, что не знает, что делать. Он боялся, что не будет в состоянии помочь, причем в соответствии со своим глубочайшим убеждением, он просто обязан был это сделать. Акутная реакция на стресс с онемением (которую при чрезмерном стрессе испытывает большинство людей) решила этот внутренний конфликт, тем не менее, последовало упрекание самого себя. Ярослав нарушил то, что внушал ему отец, и то, во что он хотел верить всю свою жизнь — что он всегда должен вести себя нравственно, и со всеми ситуациями справляться самостоятельно. Этот факт с полной силой подтвердил его сомнения в своей способности, в своем характере и недостатках, которые возникли у него в детстве при конфронтации с отцом и в то время, когда от него ушла жена.*

Поддерживающие факторы: *Вначале Ярослав пытался забыть о травматическом событии. Таким образом, он не мог его эмоционально обработать. Это событие, так же, как и у других людей, страдающих ПТСР, начало возвращаться в воспоминаниях и снах. Все вокруг начало напоминать ему о травматическом событии. Попытка подавить воспоминания каждый раз, когда они возникали, предотвращала адаптацию к травматическому событию. Чувство вины и самобичевание поддерживали беспокойство, беспомощность и чувство неполноценности. Избегающее поведение заново подтверждало его «слабость» и укрепляло его отрицательное мнение о себе. Постоянные звонки жене и матери привели к тому, что обе упрекали его в этом. После получения заверений, он ненадолго успокаивался, но затем беспокойство о своих близких возникало заново. Кроме того, он немного успокаивался после употребления алкоголя, но, как и предыдущее поведение, это делало невозможным открытую проработку травматического события. Его роль в семье значительно изменилась, он стал зависеть от жены, хотя ей не доверял. Затем появилась проблема с эрекцией, и возник следующий порочный круг избегания и неудач в сексуальной жизни.*

Ранние диспозиционные факторы:
Морализирующий и наказывающий отец — диссидент. Стресс у всей семьи, связанный с преследованием. Мало защитных антистрессовых факторов в воспитании. Усилия для повышения своей значимости в глазах отца.
Важные воспитательные позиции (убеждения, схемы):
«Я всегда должен вести себя нравственно! Я со всем должен справляться самостоятельно, потому что другие люди могут предать меня!»

↓

Более поздние факторы, повышающие чувствительность к стрессу:
Семейный кризис с уходом и возвращением жены. Внезапная смерть отца, с чем он не смог смириться. Подкрепление малоадаптивных убеждений с детства

↓

Провоцирующие факторы
Присутствие при автокатастрофе, где он не смог помочь, потому что «замер» из-за острой стрессовой реакции.
Активация малоадаптивных убеждений
«Я не смог справиться с ситуацией, повел себя безнравственно, я, как человек, ни на что не способен»

↓

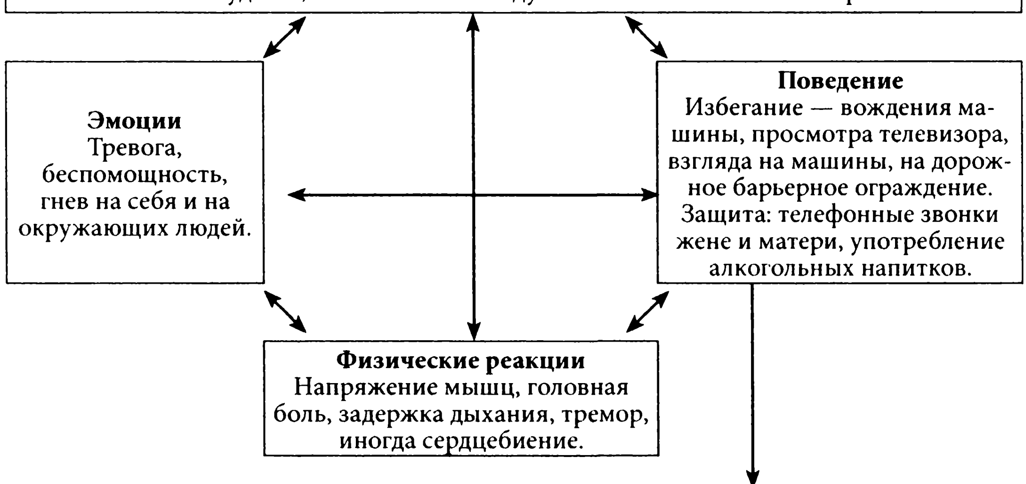
Возбудители.
Звук тормозов, путешествие, вид машины, дорожное барьерное ограждение, новости об авариях и т.д. Опоздание жены, время, когда жена или мать могут находиться на улице

↓

Представления
Воспоминания — «вспышки» воспоминаний об автомобильной катастрофе и разбитой машине, сны

↓

Мысли (опасения, тревога)
Попытки отвлечь внимание, вытеснить мысли, самоупреки, размышления о собственных неудачах, опасения по поводу безопасности жены и матери.



Последствия
Не садится за руль, не едет в отпуск.Изменение положения в семье, сексуальные проблемы, изоляция от людей, Угрожающие проблемы на работе из-за неспособности куда-либо ездить, чрезмерная вспыльчивость, отсутствие приятной деятельности

Рис. 8.33. Схема концептуализации проблемы

Текущая ситуация Ярослава была настолько нестабильной, что травма вызвала вторичные проблемы: снижение уверенности в себе, легкую депрессию, сексуальную дисфункцию и начинающийся кризис в семье. В настоящее время у Ярослава не было вариантов, как повысить свою уверенность, и ему не хватало приятных событий. Он сам сформулировал эту ситуацию как «я на дне!».

Во время первого разговора терапевт рассказал Ярославу, каким образом он понимает его ситуацию, объяснил, как травматическое событие работает в процедурной (имплицитной) памяти у людей, у которых развивается ПТСР, и нарисовал ему вышеуказанную схему, над которой затем они вместе работали. Терапевт эмоционально постоянно поддерживал Ярослава, потому что знал, что Ярослав на данный момент нуждается в постоянной помощи. Затем он объяснил, какие терапевтические действия они вместе могут предпринять. Он подчеркнул, что для выполнения экспозиции необходимо иметь определенную смелость, потому что она достаточно неприятная, но в жизни Ярослав часто был смелым, когда он, например, терпел несправедливость тоталитарного режима и смог достойно справиться с семейным кризисом. Образование привело к облегчению — Ярослав осознал, что то, чем он страдает, известная проблема, и что эту проблему можно решить. На сеансе они исследовали и суицидальные наклонности пациента, но Ярослав опровергнул их. Хотя он находился «на дне», он хотел бороться «для своих детей, матери и жены». В конце сеанса были предварительно сформулированы проблемы и цели терапии, и была назначена следующая, более длительная встреча через 3 дня:

Предварительная формулировка проблем и целей

Проблемы	**Цели**
Возвращаются воспоминания, которые пугают меня, мешают мне водить автомобиль и принуждают меня постоянно контролировать жену и мать.	Хочу научиться ездить на машине за пределы города и перестать проверять жену и мать по телефону.
На работе или дома я могу вспылить, потом я себя в этом упрекаю.	В конце терапии хочу быть в состоянии решать конфликтные ситуации в спокойном состоянии и, даже если я вспылю, найти в себе силы извиниться.
У меня проблемы с эрекцией, и, следовательно, я избегаю секса.	Хочу с женой открыто обсудить мои чувства и перестать избегать секса
Я избегаю приятных мероприятий.	Хочу, постепенно, начать заниматься более приятными занятиями как один, так и с семьей.
Мое избегание поездок и возможность вспылить привели к тому, что коллега, вместо меня, выполняет большинство дел и уже начинает высказывать свое недовольство.	Хочу заново начать ездить на деловые переговоры и выполнять свои обязанности самостоятельно.

После подробного обследования Ярослав решил проходить лечение без приема антидепрессантов, начал встречаться с терапевтом 2 раза в неделю на сеансах индивидуальной психотерапии. Они предварительно договорились, в общей сложности, о 16 встречах с тем, что при необходимости можно будет продлить программу.

Экспозиция травматических воспоминаний:

Первые четыре сеанса были посвящены воспоминанию о травматическом событии. Под руководством терапевта Ярослав недолго релаксировал, а затем вернулся к травматическому событию таким образом, что представил себе эту ситуацию, как будто бы «перед собой» и описал то, что видит и испытывает. Он начал с воспоминания о поездке на машине, затем описал, как видит автомобиль, который врезался в дорожное барьерное ограждение, и его отбросило в сторону. Он помнил, как затормозил автомобиль, как побежал через дорогу, остановился, описал вид разбитого автомобиля, свою собственную неспособность двигаться, хаотичные мысли, которые приходили на ум. Видел, как люди подбежали к машине и стали вытаскивать жертв аварии, затем ощутил, как его реакция ослабла, и он покинул место происшествия. Первое описание было очень кратким, но, Ярослав стал настолько беспокойным, что ему пришлось открыть глаза и, на мгновение, перевести свое внимание, чтобы быть способным продолжать. Уже на первом сеансе Ярослав заново описал свой опыт гораздо более подробно. Во время экспозиции он начал плакать, а потом расслабился. После экспозиции они совместно работали над изменением самообвиняющих мыслей о собственных неудачах. Он действительно плохой человек? Он не хотел оказать помощь? Он нарочно не стал помогать? Является ли он доктором или спасателем, чтобы точно знать, что делать? Возможно ли, когда человек замирает от ужаса, быть в состоянии рационально действовать? Сократический разговор пока не полностью избавил его от чувства вины, но Ярослав осознал, что его коллега также ничего не смог сделать. Он пытался уверить себя, что если бы спасатели не приехали так быстро, вероятно, он побежал бы к разбитой машине и попытался помочь жертвам автомобильной катастрофы. Однако он в этом не был уверен на 100 %.

В качестве домашнего задания он должен был снова описать ситуацию в деталях, с тем указанием, что, когда беспокойство станет слишком высоким, он перестанет писать и начнет заниматься какой-либо другой деятельностью, а к записи вернется только тогда, когда полностью успокоится. Он также должен был написать о том, что свидетельствует, что он плохой человек, и что свидетельствует об обратном. Он должен был выбрать доказательства, взяв во внимание всю свою жизнь. Третья задача состояла в прекращении контроля своей жены и матери посредством постоянных телефонных звонков.

На последующих сеансах терапевт прочитал его описание событий, и они снова, более подробно, в воображении возвращались обратно к ключевому моменту, когда Ярослав стоит без движения на одном месте и смотрит на разбитый автомобиль. Он рассказывал о своих физических ощущениях и хаотических мыслях, которые ему на данный момент приходили на ум. Он осознал и свое облегчение в тот момент, когда второй автомобиль остановился и люди бросились на помощь к машине. На четвертом сеансе у Ярослава произошло сильное отреагирование, когда они вместе с терапевтом изобразили стоны и крики, которые доносились из разбитой машины. В течение этих

двух недель, направленных в основном на экспозицию травматических воспоминаний, они постепенно стали исчезать.

Запрет телефонных звонков жене и матери, чтобы убедиться, что с ними все в порядке.

Выполнить задачу «не звонить» жене и матери Ярославу изначально не удавалось. Спустя некоторое время он смог пересилить себя, и потребность звонить матери и проверять каждый ее шаг прошла у него уже на первой неделе лечения. Труднее оказалась ситуация со звонками жене. Он перестал звонить ей в течение дня, но желание позвонить ей в то время, когда она уходила с работы, а затем побуждение контролировать ее на протяжении целого часа по дороге домой было настолько сильным, что он первые четырнадцать дней постоянно поддавался этому искушению. Наконец, он договорился с женой, что она будет выключать телефон на этом отрезке пути, чтобы он не смог контролировать ее в дороге. Два дня он очень переживал и испытывал сильный страх, думал, что не дождется ее возвращения домой, ему приходили в голову мысли принять успокоительные таблетки или выпить спиртное, но он смог справиться с этим. Затем побуждение звонить и контролировать жену начало постепенно снижаться, и в течение следующей недели, он обнаружил, что уровень его беспокойства уже настолько низок, что он может сосредоточиться на других вещах и лишь изредка вспоминать, что Вера находится в пути.

Экспозиция в естественных условиях

После значительного снижения тревожных воспоминаний, т. е. после двух недель лечения, терапевт с Ярославом начали практиковать постепенную экспозицию поездок на автомобиле. Это можно было осуществить на третьей неделе лечения. Была поставлена цель выехать на машине за город и быть способным проехать по шоссе. Они совместно создали иерархию пошаговых задач, с которыми Ярослав хотел справиться:

Ездить на автомобиле по городу, быть способным доехать до работы и обратно;

Отвезти семью на дачу за 50 км от города и одному вернуться обратно домой в субботу днем, когда на дороге будет немного машин;

Отвезти коллегу на переговоры на расстояние 100 км от города, пока не по шоссе;

Ехать одному недалеко от шоссе, по кольцевой дороге вокруг города, в общей сложности 30 км;

Поехать одному до определенного города, в общей сложности 120 км;

Отвести жену и сына к ее родителям, в Моравию, в общей сложности 270 км, и через два дня привезти их обратно в Прагу;

Поехать с коллегой на переговоры по шоссе в Нюрнберг, быть за рулем машины туда и обратно;

Одному проехать по шоссе рядом с местом, где произошло травматическое событие, и вернуться обратно, в общей сложности 560 км.

Пройти эти экспозизии в естественных условиях Ярославу удалось с небольшим беспокойством достаточно просто. Труднее всего для него оказался

четвертый шаг, когда он в первый раз выехал на шоссе. Вначале он ехал очень осторожно и чувствовал раздражение, когда автомобили обгоняли его, ощущал себя неполноценным, поэтому Ярослав возвращался на трассу в общей сложности 3 раза в течение трех дней подряд и был уже в состоянии ехать на более высокой скорости. В первый раз за долгое время он доехал до нужного города в спокойном состоянии. Он понял, что когда у него кого-то находится в машине, беспокойство гораздо выше, чем когда он едет один. Во время поездки с семьей на Мораву Ярослав постепенно стал привыкать к дороге и был способен ехать со скоростью выше 130 км/ час. На обратном пути Ярослав также ехал спокойно. Он начал заранее беспокоиться по поводу поездок в Германию, но справился и выполнил без проблем оба шага. Место аварии он уже не смог найти.

Когнитивная реструктуризация:

На первом сеансе когнитивная реструктуризация началась с тестирования автоматических негативных мыслей. Первая мысль, которую Ярослав озвучил: «Я плохой и безнравственный человек». Эту концепцию удалось частично оспорить в рамках сеанса в сократовском диалоге, а в качестве домашнего задания Ярослав должен был написать доказательства за и против гипотезы, что он плохой и безнравственный человек.

Доказательства за и против АНМ

Мысль	«Я плохой и аморальный человек».
За автоматическую негативную мысль свидетельствует	Дискуссия с доказательствами против АНМ
Я не помог людям, попавшим в автомобильную аварию	Я испытывал настолько сильный стресс, что был не в состоянии двигаться
Отец в детстве учил меня этому	Он мне об этом говорил только пару раз, когда я плохо вел себя, ничего аморального и плохого я не делал
У меня бывают сексуальные фантазии и желания с участием других женщин, а не со своей собственной женой	Это нормально, это происходит и у других мужчин. Я не изменял жене
В детстве я два раза украл мороженое в магазине	Я был маленьким, и я не смог сдержать себя, я очень хотел съесть это мороженое, мне до сих пор за это стыдно. Теперь я бы никогда ничего не смог украсть
Я перестал общаться с Михаилом и начал избегать его, когда нашел другого друга	С Михаилом мне стало скучно в подростковом возрасте, он только и делал что хвастался. Так как он был злой, я боялся сказать ему, что у меня уже не будет на него времени, и что я больше не хочу с ним дружить, поэтому я избегаю его. Это не значит, что я аморальный человек
Я очень завидую тем людям, которые имеют успех там, где я бы хотел его иметь	Это верно, но это скорее говорит о желании быть тоже способным это сделать. Наверное, это нормально. Я никогда ничего плохого никому не желаю
Я не в состоянии противостоять другому человеку, когда он кого-нибудь обижает, и пройду мимо	Это тоже верно. Боюсь ссориться с ним, поэтому соглашаюсь с тем, с чем, в действительности, соглашаться не хочу. Это, скорее, недостаток мужества, чем отсутствие морали, хотя более правильным было бы сказать то, что думаю. Этому я хочу научиться

Против автоматической негативной мысли свидетельствует
Я всегда старался говорить правду. Во взрослом возрасте я никогда ничего не крал. Я не изменяю. Я не обманываю. Если я где-нибудъ вижу несправедливость, я пытаюсь противостоять этому (если у меня есть смелость это сделать).
Это больше похоже на правду, чем первоначальная АНМ Я человек, который пытается быть честным и справедливым. Это усилие может иногда быть ограничено недостаточным количеством смелости или умения, но это не значит, что я хуже или менее морален, чем большинство людей. Тот факт, что я не смог пойти помочь людям в разбитом автомобиле, автоматически не означает, что я плохой и безнравственный человек.

Аналогичным образом успешно прошло тестирование других АНМ, появлявшихся у Ярослава. Это были в основном две мысли: «\веру собьёт машина, и никто ей не поможет! Как муж, любовник и отец я не состоялся!». При первой работе с мыслями Ярослав осознал, что даже если случится то, что машина собьёт Веру, и никто ей не поможет, этот факт очень маловероятен. Постоянные проверки и телефонные звонки Ольге не исключают риск того, что такое событие, в действительности, не произойдет. Нельзя быть на 100 % уверенным в том, что такая ситуация не настанет, потому что судьбу предсказать невозможно. Он довольно легко опроверг тот факт, что не состоялся как муж и отец. О семье он хорошо заботится, материально и эмоционально. Хотя в последнее время он был слишком вспыльчивый, это было связано со стрессом после травматического события. Если он вел себя неподобающим образом, он был способен извиниться. Тот факт, что он не состоялся как любовник — неправда, поскольку это в большой степени связано с повышенным напряжением. Он потерял уверенность в себе в этой области. Тем не менее, он попробует открыто обсудить эту проблему с женой и попросить ее о помощи. Хотя это будет трудно для него, но он решил попробовать это сделать. Терапевт спросил его, почему этот разговор будет таким трудным для него? Чего он больше всего боится? Ярослав опасался, что жена будет презирать его, иронизировать или рассердится, подумав о том, что Ярослав просто оправдывается. Терапевт предложил проверить эти выводы с помощью эксперимента.

Запись бихевиорального эксперимента

Эксперимент	**Предположение — что я ожидаю, что случится**	**Возможные проблемы**	**Способы, как справиться с данными проблемами**	**Результат эксперимента**	**Насколько результат эксперимента поддержал мысль, которую я проверяю? (0—100 %)**
«Я скажу жене, что избегаю занятий любовью, потому что боюсь, что у меня не будет эрекции»	«Она скажет, что знает об этом, и что я должен был ей об этом сказать уже давно, и она постарается быть терпеливой»	«Она скажет, что подумала о том, что я как мужчина несостоятелен. Вместо того чтобы успокоить ее, я отвлекаю ее постоянными звонками по телефону. Или она скажет мне, что у меня есть любовница, и я таким способом оправдываюсь, чтобы не заниматься любовью»	«Я скажу ей, что понимаю ее раздражительность, но если бы она мне помогла, с существующими трудностями, возможно, мы могли бы с нимисправиться. У меня нет любовницы, и меня расстраивает, что она меня подозревает»	Жена была комне внимательна и мила. Она сказала, что знает об этой проблеме и хочет мне помочь, но так как я избегаю сексуальной жизни, это сделать невозможно. Она сказала, что жалеет меня, и не имеет никакого значения, если у меня не будет эрекции, мы можем просто обниматься. Вечером, мы обнимались и целовались, и, в конечном счете, занялись любовью. Это было очень приятно	100 %

Эксперимент помог супругам вернуться к занятию любовью. Ярослав имел, как он сам оценивал, «переменный результат». Иногда у него в самом начале прелюдии не было эрекции, но в большинстве случаев, в итоге, все удавалось. Был случай, когда у него совсем ничего не получилось — эрекция не наступила, тем не менее, после объятий и поцелуев, он смог довести жену до оргазма. В течение двух следующих дней занятие любовью прошло хорошо и без проблем. В течение следующего месяца сексуальная жизнь наладилась, что помогло улучшить семейную атмосферу. Когда Ярослав разговаривал с женой, она сказала ему, что ей больше всего помогло то, что он вел себя открыто по отношению к ней, и она вдруг почувствовала, что любит его и хочет ему помочь. Ранее, когда Ярослав играл героя и в то же время убегал, она злилась на него.

Проработка отношений с отцом

После 7 недель амбулаторного лечения, Ярослав чувствовал себя очень хорошо и постепенно начал возвращаться к полноценной жизни. Он достиг всех целей, которые были определены в начале лечения. Теперь он был в состоянии ездить на автомобиле в любое место, перестал проверять свою мать и жену по телефону Воспоминания о травматическом событии больше не появлялись, прекратились вспышки гнева. Семейная и сексуальная жизнь наладились, они с женой начали вместе путешествовать и заниматься спортом. Ярослав был в состоянии участвовать в деловых переговорах, которые ранее за него посещал коллега. У него было хорошее настроение, и, в целом, он был всем доволен. Во время терапии он понял, что имеет тенденцию чрезмерно морально упрекать себя. Он осознал, что за этим отношением к самому себе стоит строгое воспитание отца. Даже после его смерти до сих пор он имел неопределенное отношение к своему отцу. Это смесь уважения и гнева. Мысль о том, что он должен пойти на кладбище к его могиле, вызывала у него сопротивление. Он также не был в состоянии говорить об отце с матерью. В принципе, это отношение не мешает ему в жизни, но если это возможно, он хотел бы глубже исследовать этот вопрос. Так как из запланированных 16 сеансов прошло только 13, терапевт согласился попробовать рассмотреть эту проблему. Терапевт предложил Ярославу написать отцу «прощальное письмо». Письмо, в котором он скажет ему все, что он не успел сказать ему при жизни. Такое письмо, в котором он будет максимально искренним и сообщит обо всем хорошем и плохом, что он чувствовал по отношению к отцу. На следующий сеанс Ярослав принес письмо, которое состояло из 6 страниц. Он сказал, что это было очень трудно, потому что он испытывал много грусти, беспомощности, печали и любви при написании письма. Вначале он осуждал себя за присутствующие негативные эмоции, но, в конце концов, смирился с ними. Ярослав осознал, какое большое количество различных эмоций он испытывал к своему отцу. Терапевт попросил его прочитать письмо. Несмотря на то, что Ярослав попытался прочитать письмо как можно быстрее, в середине письма он снова заплакал. Хотя это не относится к общим методам КБТ, терапевт обнял его и оставил плакать. Ярослав уходил с сеанса со значительным облегчением. На предпоследнем сеансе терапевт прочитал это письмо Ярославу. Он читал письмо медленно и с паузами. Затем они договорились, что Ярослав пойдет на кладбище и прочитает это письмо над могилой отца.

Прекращение терапии

На последнем сеансе Ярослав сообщил, что ходил на кладбище и прочитал письмо отцу на прощание. У него создалось такое чувство, что они с отцом помирились, потому что при чтении он чувствовал большую любовь, благодарность к отцу и, одновременно, спокойствие. Ярослав больше не испытывал гнева по отношению к отцу.

Затем они совместно, шаг за шагом, обсудили весь курс терапии и заново повторили то, что Ярослав узнал во время лечения. Больше всего Ярослав был доволен тем, что он научился не избегать неприятных для него ситуаций и

перестал осуждать себя за возможные неудачи. Он осознал, что не должен быть совершенным, и все же это не будет означать, что он плохой или неуспешный.

В следующем году он будет испытывать стресс на работе, потому что его фирма решила расширяться для подготовки к вступлению в ЕС. Это будет нелегко, и Ярослав, определенно, будет переживать ряд конфликтных ситуаций. При этом он не хочет переносить решение сложных вопросов на совладельцев. В связи с существующим положением на фирме Ярославу придется повысить требования к определенным сотрудникам, которым это не очень понравится. Этого он больше всего боится, но поделать этим ничего не может. Ярослав постарается поддерживать хорошую семейную обстановку, потому что в ней он чувствует свою главную поддержку.

Заключение

Термин посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР — posttraumatic stress disorder) используется для тревожного расстройства, которое обычно развивается после эмоционально тяжелого, стрессового события, которое по степени своей тяжести, как правило, превышает обычный человеческий опыт и является травмирующим для большинства людей. Основным лечением для ПТСР считается психотерапия (особенно КБТ), лечение с применением антидепрессивных препаратов (СИОЗС, нефазодон, ТЦА), или антиконвульсивных препаратов, в случае психотических признаков — антипсихотических препаратов. Принципы лечения ПТСР включают создание терапевтических отношений, объяснение и образование о том, что происходит с пациентом и уменьшение или устранение стигматизации. Образование и стигматизация обычно необходима и для членов семьи больного, если на это будет получено согласие пациента. КБТ работает с пациентом в структурированной форме, шаг за шагом. Пациент, для начала, учится управлять своими симптомами, разговаривать со своими негативными мыслями, которые обвиняют его и которые связанны с недоверием к миру, воздействовать на воспоминания о травме и ситуации, которых он избегает, релаксировать, а также решать свои жизненные проблемы.

Литература

Andrews G Slade T., Peters L. Classification in psychiatry. ICD 10 versus DSM-IV. Br. J. Psychiatry, 1999, č. 174.

Blank A.S. The longitudinal course of posttraumatic stress disorder.//Davidson J.R.T., Foa E.B. (eds.) Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond. Washing ton (DC): American Psychiatric Press, 1993.

Bleich A., Siegel B., Caro R. et al. Post-traumatic stress disorder following combat exposure: Clinical features and psychopharmacological treatment. Br. J. Psychiatry, 1986, č. 149.

Boudewyns P.A., Hyer I. Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veterans PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. Behav. Ther., 1990, č. 21.

Breslau N., Davis G.C., Andreski P. et al. Traumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch. Gen. Psychiatry, 1991, č. 48.

Brett E., Ostroff R. Imagery in posttraumatic stress disorder: An overview. Am. J. Psychiatry, 1977, č. 142.

Brom D., Kleber R.J. Prevention of post-traumatic stress disorders. J. Trauma Stress, 1989, č. 2.
Carlson J.G., Chemtob C.M., Rusnak, K. et al. Eye movement desensitization and reprocessing (EMRD) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. J. Trauma Stress, 1998, č. 11.
Charney D.S., Dutch A.Y., Krystal J.J. et al. Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. Arch. Gen. Psychiatry. 1993, č. 80.
Cooper N.A., Clum G.A. Imaginal fl ooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. Behav. Ther., 1989, č. 20.
Crockett B.A., Davidson J.R.T. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder.//Stein D.J., Hollander, E. (eds.) Textbook of Anxiety Disorders. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002.
Davidson J.R.T., Hughes D., Blazer D.G. et al. Posttraumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. Psychol. Med., 1991, č. 21.
Davidson J.R.T., Kudler H., Sanders W.B. et al. Predicting response to amitriptyline in posttraumatic stress disorder. Am. J. Psychiatry, 1993, č. 150.
Davidson J.R.T., March J.S. Traumatic stress disorders.//Tasman A., Kay J., Lieberman J.A. (eds.) Psychiatry. Philadelphia: Saunders, 1997.
Devilly G.J., Spence S.H. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and cognitive-behavioral trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. J. Anxiety Disord., 1999, č. 13.
Fairbank J.A., Keane T.M. Flooding for combat-related stress disorders: Assessment of anxiety reduction across traumatic memories. Behav. Ther., 1982, č. 13.
Foa E.B., Rothbaum B.O., Riggs D.S. et al. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. J. Consult. Clin. Psychol., 1991, č. 59.
Foa E.B., Rothbaum B.O., Steketee G.S. Treatment of rape victims. Special Section: Rape. J. Interpers. Violence, 1993, č. 8.
Foa E.B., Dancu C.V., Hembree E.A. et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation therapy, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault vistims. J. Consult. Clin. Psychol., 1999, č. 67.
Heltzer J.E., Robins L.N., McEvoy L Posttraumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. N. Engl. J. Med., 1987, č. 317.
Hollander E., Simeon D. Concise guide to anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003.
Horowitz M.J. Stress-Response Syndromes. NY: Aronson, 1976.
Hyer I. Woods M.G., Bruno R. et al. Treatment outcomes of Vietnam veterans with PTSD and the consistency of the MGMI. J. Clin. Psychol., 1989, č. 45.
Kaminer H., Lavie P. Dreaming and long term adjustment to severe trauma. Sleep. Res., 1988, č. 18.
Kaplan H.I., Sadock B.J Concise textbook of clinical psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.
Keane T.M., Fairbank J.A., Caddal J.M. et al. Implosive (fl ooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. Behav. Ther., 1989, č. 20.
Kessler R., Sonnega A., Bromet E. et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry, 1995, č. 52.
Krystal J.H., Kosten T.R., Perry B.D. et al. Neurobiological aspects of PTSD: Review of clinical and preclinical studies. Behav. Ther., 1989, č. 20.
Macklin M.L., Metzger L.J., Lasko N.B. et al. Five-year follow-up of eye movement desensitization and reprocessing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder. Compr. Psychiatry, 2000, č. 41.
March J.S. The nosology of posttraumatic stress disorder. J. Am. Dis., 1990, č. 4.
March J.S. What constitutes a stressor? The ccriterion Aissue.//Davidson J.R.T., Foa E.B. (eds.) Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
Marks J.S., Amaya-Jackson L., Murray M.C. et al. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single- incident stressor. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, č. 37.
McCaffrey R.J., Fairbank J.A. Behavioral assessment and treatment of accident- related posttraumatic stress disorder: Two case studies. Behav. Ther., 1985, č. 16.

Mezinarodni klasifikace nemoci. 10. revize. Duševni poruchy a poruchy chovani: Diagnosticka kriteria pro vyzkum (přeloženo z anglickeho originalu). Praha, Psychiatricke centrum, 1996, Zpravy č. 134.
Možny P., Praško J. Kognitivně behavioralni terapie: Uvod do teorie a praxe. Praha: Triton, 1999.
Peniston E.C. EMG biofeedback assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans post traumatic stress disorder. Clin. Biofeedback Health, 1985, č. 9.
Pittman R.K. Biological findings in posttraumatic stress disorder: Implications for DSM-IV classification.// Davidson J.R.T., Foa E.B. (eds.) Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. Washington: American Psychiatric Press. 1993.
Pittman R.K., van der Kolk B.A., Orr S.P. et al. Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in post-traumatic stress disorder: A pilot study. Arch. Gen. Psychiatry 1990, č. 47.
Pittman R.K., Altman B., Greenwald E. et al. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. J. Clin. Psychiatry, 1991, č. 52.
Praško J. Posttraumaticka stresova porucha.//Seifertova D., Praško J., Hoschl C. (eds.) Postupy v lečbě psychickych poruch. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004.
Praško J. Lečba posttraumaticke stresove poruchy. ČS Psychiat., 1997, č. 93 (suppl. 4).
Praško J., Bareš M., Paškova B. et al. Posttraumaticka stresova porucha a jeji lečba. Přiručka pro klinickou praxi. Praha: PCP, 1997.
Praško J., Bareš M., Paškova B. et al. Vnucuji se vam uzkostne vzpominky na děsivou udalost? Přiručka pro nemocne trpici posttraumatickou stresovou poruchou. 2. vydani. Praha: PCP, 1998.
Praško J., Kosova J. Kognitivně behavioralni terapie uzkostnych stavů a depresi. Praha: Triton, 1998.
Praško J., Hajek T., Preiss M. Posttraumaticka stresova porucha a jak se ji branit. Praha: Maxdorf, 2002.
Praško J., Hajek T., Paškova B. et al. Stop traumatickym vzpominkam: Jak zvladnout posttraumatickou stresovou poruchu. Praha: Portal, 2003.
Resick P. A., Schnicke M. K. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. J. Consult. Clin. Psychol., 1992, č. 60.
Resick P. A., Jordan C.G., Cirelli, S. A. et al. A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. Behav. Ter., 1988, č. 19.
Richards D.A., Rosse J.S. Exposure therapy for post-traumatic stress disorder: Four case studies. Br. J. Psychiatry, 1991, č. 158.
Richards D.A., Lovell K., Marks I.M. Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. J. Traumatic. Stress, 1994, č. 7.
Shalev A.Y., Orr S.P., Pitman R.K. Psychophysiologic response during script driven imagery as an outcome measure in post-traumatic stress disorder. J. Clin. Psychiatry, 1992, č. 53.
Shore J.H., Vollmer W.M., Taturn E.L. Community patterns of posttraumatic stress disorders. J. Nerv. Ment. Dis., 1989, č. 177.
Smith E.M., North C.S., McCool R.E. et al. Acute post-disaster psychiatric disorder: identification of persons at risk. Am. J. Psychiatry, 1990, č. 147.
Solomon S. D., Gerrity E. T., Muff A. M. Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review. JAMA, 1992, č. 268.
Southwick S. M., Krystal J.H., Morgan C. et al. Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. Arch. Gen. Psychiatry 1993, č. 50.
Tarrier N., Pilgrim H., Sommerfield C. et al. A randomized trial of cognitive therapy and imaginable exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. J. Consult. Clin. Psychol., 1999, č. 67.
True W.R., Rice J., Eisen S.A. et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability of posttraumatic stress symptoms. Arch. Gen. Psychiatry. 1993, č. 50.
Yehuda R., Giller E.L., Southwick S.M. et al. Hypothalamic-pituitaryadrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. Biol. Psychiatry, 1991, č. 30.
Van der Kolk B.A. The role of the group in the origin and resolution of the trauma response.// van der Kolk B. A. (ed.) Psychological Trauma. Washington: American Psychiatric Press, 1987.
Vaugham K., Tarrier N. The use of image habituation training with post-traumatic stress disorder. Br. J. Psychiatry, 1992, č. 161.
Winfield I., George L.K., Schwartz M. et al. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. Am. J. Psychiatry, 1990, č. 147.

8.5. КБТ ипохондрического расстройства

Ян Прашко, Рихард Залесский, Беата Пашкова

Повседневный опыт: радость, тревога, гнев, грусть и усталость — имеет физический спектр выраженности их проявлений. Восприятие физических процессов может оказывать влияние на психическое состояние, и, наоборот, это может повлиять на функционирование организма. Восприятие физических симптомов имеет важную сигнальную функцию, в особенности, при нагрузке, перегрузке или истощении. Когда человек жалуется на присутствие физических проблем, это носит важный аспект привлечения внимания других и выражения собственных потребностей: в помощи, в любови и во внимание, в успокоение, защите и поддержке от других людей. Диагноз «ипохондрия» — термин, который пациенты воспринимают негативно. Салковскис рекомендует использовать термин «health anxiety» (страх за собственное здоровье), вместо термина «ипохондрия», чтобы обратить внимание на то, что больные не придумывают себе свои симптомы и, что диагноз «страха за собственное здоровье» не исключает присутствие реального физического заболевания (Salkovskis, 2003). Попытки больного избежать обозначений приводят к отрицанию расстройства, откладыванию или избеганию лечения. Эксперты так же, как члены семьи больного частично зависят от стереотипа душевнобольных. По большей части, обозначение — это составляющая контрпереносной реакции. Оценивание пациента может привести к переоцениванию, либо к недооцениванию своих трудностей и, таким образом, к несоответствующему лечению.

Пациент первый раз приходит в кабинет врача и кричит: «Что вы вообще думаете? Я не сумасшедший! У меня больная простата! В урологическом отделении меня уже не хотят лечить. Это делает меня несчастным! Но в остальном, я совершенно нормальный! Скажите им, что я не сумасшедший, пусть они исследуют меня надлежащим образом! Я не хочу здесь лечиться».

Пациент не принимает психиатрический диагноз и лечение. Чем сильнее он и его семья ощущают психиатрический диагноз в качестве стигмы, чем чаще больной встречается со стигматизацией медицинского персонала («вы ипохондрик, с вами все нормально!»), и чем чаще он ожидает отказ от окружающих его людей, тем труднее начинать лечение. Само психиатрическое лечение также может быть воспринято негативно. Это происходит, когда пациент слышит от медицинского врача, что «Психиатры приведут вас в порядок», или семья, друзья, или он сам думают, что психиатрические препараты «являются наркотиками, которые разрушают мозг и печень — человек после их приема сходит с ума», а психотерапия — «промывание мозга, где психиатр — сам сумасшедший».

Внимание пациентов с ипохондрическим расстройством полностью сосредоточено на физических симптомах заболевания. Он либо полностью отрицает эмоциональные симптомы, либо воспринимает их как реакцию на тяжелую болезнь. Отрицательные результаты лабораторных исследований считаются либо ошибкой измерения, либо воспринимаются, как отсутствие эрудиции врача. Пациенты

настаивают на проведении более специализированных исследований. Пациент не доверяет себе, он воспринимает в основном свои физические проблемы и опасается, что, если его проблемы будут рассматриваться в качестве нервных, то никто не будет им заниматься, и он получит отказ в проведении следующих лабораторных исследований. Его отношение к психическим проблемам у других людей бывает презрительным — он смотрит на них, либо как на слабых, либо воспринимает это как безумие. Это отношение обычно предупреждает о развитии первых симптомов. Типично при лечении то, что повторные объяснения, которые он очень хорошо понимает, больной отвергает

8.5.1. Основные сведения об ипохондрическом расстройстве

Гиппократ впервые описал тех пациентов, которые чрезмерно изучали свои физические функции. С тех пор таких пациентов, основной признак которых страх, что они страдают от серьезной болезни без объективных подтверждений, называют ипохондриками. Больные, как правило, ошибочно интерпретируют безвредные сигналы различных органов организма в качестве тяжелой физической болезни.

Ипохондрическое расстройство, характеризуется тревожным самоанализом и страхом болезни. Акцентирование внимания на опасениях в качестве основного симптома происходит похожим образом, как и при ГТР, интенсивность страха — подобна, как и при ПР, контролирование и заверения — ОКР. Больной опасается, что у него присутствует одна или более серьезная и прогрессирующая физическая болезнь (МКБ-10). Он часто жалуется на свои физические проблемы или занимается собственным физическим состоянием. Свои обычные чувства и физические симптомы пациенты рассматривают в качестве абнормальных или патологических. Они вызывают в них страх и напряжение. Страхи и опасения вызывают у больного значительный стресс и нарушают его способность функционировать в личных, социальных и рабочих ролях. Результаты обследования или объяснения не могут его убедить. Его внимание оторвано от конфликтной жизненной ситуации и направлено на самоанализ. В отличие от соматического расстройства, пациенты, страдающие ипохондрическим расстройством, не требуют лечения так часто, но хотят подтвердить свой диагноз и настаивают на проведении следующих специализированных обследований.

8.5.1.1. Клинические проявления ипохондрического расстройства

Больные обычно сосредотачивают свое внимание на одном или двух органах, или системе органов. Характерные объекты тревожного беспокойства: органы брюшной полости (regio hypochondrica), процесс пищеварение, сердце, печень, мочеиспускательная система, репродуктивные органы и мозг. Как правило, речь идет о скрытых органах, недоступных для непосредственного восприятия, которые вызывают тревожные представления, среди которых преобладают представления о деструкции или несоответствующем функционировании организма. Большинство опасений связаны с заболеваниями, о которых в настоящее время публично говорится: рак, инфаркт миокарда, СПИД. Иногда больной указывает на орган, основываясь на реальном заболевании, несчастном случае или операции. Пациент, страдающий ипохондрическим расстройством, может указывать

на заболевание или физическое увечье, и степень убежденности в его присутствии и подчеркивание одного нарушения больше другого, как правило, меняется между посещениями врача. Больной часто рассматривает возможность того, что у него могут быть и другие заболевания. Он ищет врача, чтобы рассказать ему о своих представлениях.

8.5.1.2. Диагноз ипохондрического расстройства

Для ипохондрического расстройства характерен долгосрочный (не менее 6 месяцев) страх (убеждение) развития серьезного заболевания и интерпретации физических ощущений в качестве признаков этого заболевания. Убеждение в наличии тяжелой болезни (или болезнях) и мысли о своих симптомах вызывает постоянное чувство тревоги, нарушает обычное функционирование в повседневной жизни и приводит к поиску обследования или лечения (МКБ-10). Это убеждение сохраняется, несмотря на заверения врачей об отсутствии болезни и отрицательных результатов объективных обследований. Симптомы не находятся под сознательным контролем пациента и не являются частью другого расстройства.

Диагностические критерии МКБ-10 ипохондрического расстройства (1996)

А. Должен присутствовать любой из этих признаков:
1. Пациент убежден на протяжении не менее 6 мес., что у него присутствуют максимум 2 серьезных соматических заболевания (из которых, по крайней мере, одно заболевание он должен с точностью определить);
2. Пациент постоянно думает о том, что у него имеется дефект внешности или он обезображен (дисморфофобическое расстройство).

Б. Убеждение пациента в наличии заболевания и постоянное наблюдение за своими симптомами вызывает непрекращающееся чувство подавленности, нарушает его функционирование в повседневной жизни и приводит к поиску лечения и проведения обследований (или эквивалентной помощи врачей).

В. Пациент постоянно отказывается от заверений врачей, что не существует никаких соматических причин для симптомов или физического нарушения. (Краткосрочное принятие такого заверения, т. е. всего несколько недель во время обследования, или непосредственно сразу после обследования, не исключает этот диагноз.)

Г. Наиболее часто используемое положение об исключении. Симптомы не появляются во время расстройств шизофренического спектра или расстройств настроения.

8.5.1.3. Эпидемиология ипохондрического расстройства

На данный момент точных исследований распространенности ипохондрического расстройства среди людей нет. Более ранние оценки распространенности составляют 3—13 % в разных культурах (Kenyon, 1965), но пока не ясно, говорят ли эти цифры о полностью выраженном ипохондрическом расстройстве или лишь о простых ипохондрических симптомах. Определенные опасения по поводу здоровья среди населения — частое явление. По Келлеру (1987) 10—20 % нормальных и 45 % невротических людей имеют периодические опасения по поводу возможной болезни. В соответствии с другой работой (Keller, 1985) было установлено, что 50 % всех пациентов посещающих врачей страдают от чрезмерной заботы о своем здоровье, либо ипохондрическим расстройством при наличии несерьезного соматического заболевания. Ипохондрическое расстройство затрагивает мужчин и женщин одинаково часто. Многие пациенты, особенно с более умеренными формами расстройства, остаются на первичном этапе лечения, или на попечении соматических специалистов.

8.5.1.4. Этиопатогенетические факторы ипохондрического расстройства

Амплификационная гипотеза

Согласно этой гипотезе, ипохондрическое расстройство — выученное поведение. Однако, пациент может быть врожденно предрасположен к низкому порогу боли и повышенной восприимчивости физических симптомов (Barsky и Klerman, 1983). По мнению авторов, пациенты амплифицируют нормальные чувственные восприятия и придают им патологическое значение (Barsky и др., 1993).

Обсессивно-компульсивный спектр

Сходство с другими расстройствами обсессивно-компульсивного спектра приводит к размышлению, похожа ли биологическая причина на нейробиологию ОКР, синдром Туретта, трихотилломанию или компульсивную игру, где предполагается нарушение серотонинергической нейропередачи в базальных ганглиях и префронтальной коре (Hollander, 1993). Речь идет о так называемом обсессивно-компульсивном спектре, куда было включено и ипохондрическое расстройство (Hollander и др., 1992), на основе феноменологической формы обсессий и ипохондрических мыслей, которые больной не в состоянии нейтрализовать без убеждения и заверения (Martin и Yutzy, 1997).

Психодинамическая модель

Фрейд в своей работе «Zur Einführung de Narzissmus» постулировал гипотезу, что функции и органы, о которых задумывается пациент, имеют преувеличенный либидинозный состав. Он предполагал, что пациент ограждает свои интересы и либидо от объектов внешнего мира и сосредотачивает их на органе. Более поздние работы, рассматривающие психические представления об органах (Fenichel, 1946), оказались безрезультатными. Хафнер (1959) отметил, что в невротическом лечении присутствует желание «по крайней мере, получить хотя бы немного безопасности», которую обеспечивает уход за больным телом. Современная психодинамическая теория говорит о том, что совокупные агрессивные и враждебные желания по отношению к другим людям, или сексуальные фантазии превращаются (посредством подавления и переноса) в телесные жалобы (Stoudemire, 1988). Гнев таких пациентов основан на прошлом разочаровании, отвержении или потере. Пациент выражает гнев путем привлечения внимания и помощи других людей, а затем может их отвергнуть как неэффективные. Ипохондрические симптомы также можно рассматривать в качестве защиты от чувства вины (за прошлые, реальные или предполагаемые злодеяния, сексуальные фантазии), выражения низкой самооценки или ощущения, что больной — отрицательная личность. Ипохондрия часто ассоциируется с кастрационной тревогой.

Теория социальной коммуникации

Согласно теории социальной коммуникации, больные бессознательно используют свои физические симптомы для манипуляции и контроля отношений. Посредством жалоб они хотят получить помощь, которую затем отвергают, как неэффективную. В основном, речь идет о последствиях интрапсихического конфликта, который связан с неспособностью адаптироваться к требованиям процесса развития и окружающей среде (Gabbard, 1994).

Теория обучения и модели КБТ

Согласно теории научения, пациент осваивает роль больного, которая затем подкрепляется посредством коммуникации (потребность в принятии и поощрении), убеждения и заверения, избегающего поведения, акцентированным вниманием и катастрофическим когнитивным стилем. Основа — освоенная в детстве когнитивная схема: быть здоровым значит не испытывать никаких симптомов; иметь какие-либо необычные телесные ощущения — значит наличие заболевания. Когнитивное искажение в нескольких областях. Физические симптомы больной считает более опасными, чем они есть на самом деле, последствия заболевания более угрожающими, свою способность противостоять болезни более низкой, а также недооценивает лечение и способность врачей (подробно см. ниже).

8.5.1.5. Дифференциальная диагностика и коморбидность ипохондрического расстройства

Первый шаг дифференциальной диагностики состоит в исключении физического заболевания. Даже в случае сопутствующего физического заболевания мы должны определить, в какой степени опасения о своем здоровье, прямо или косвенно, способствуют возникновению у пациента стресса, и, таким образом, могут поддерживать болезнь. Необходимо исключить системные заболевания, такие как рассеянный склероз, системная красная волчанка, склеродермия, саркоидоз, эндокринопатия, миастения, рак, ишемическая болезнь сердца, нарушение проводимости и нарушение сердечного ритма.

При психических расстройствах направленность на соматические проблемы происходит при ПР, депрессивном расстройстве и ОКР, шизофрении с ипохондрическими бредовыми мыслями, бредовых расстройствах и шизоаффективных расстройствах, которые имеют очень типичный набор симптомов. Более трудным может стать отличие от хронического бредового расстройства. Убеждение пациента в том, что он страдает от серьезной болезни, может быть достаточно упорным и достигать глубины бреда. В этом случае мы должны оценить интенсивность убеждения и присутствие типичных характеристик бреда (не соответствие реальности, невозможность опровержения, влияние на поведение человека и развитие в структуре психического заболевания). В случае бредовой ипохондрии симптоматика более стабильна и долговременна. Ипохондрический бред невозможно опровергнуть — он слишком интенсивен и оказывает влияние на поведение человека. Ипохондрический бред, в отличие от ипохондрии, часто имеет вычурный характер, и посторонний человек, как правило, не способен понять описываемые больным человеком ощущения. Ипохондрическое заблуждение — всегда симптом психического заболевания и не относится к соматоформным расстройствам. Дифференциальный диагноз между ипохондрическим расстройством и бредовым расстройством иногда может быть очень затруднительным.

Шизофрения отличается от ипохондрического расстройства такими симптомами, как бред, расстройство восприятия, мышления или настроения (аффекта). Иногда бред и галлюцинации психотических пациентов касаются самих физических функций. Ипохондрический бред может касаться конкретной болезни, или пациент убежден в присутствии странной болезни.

Ипохондрический бред с убеждением о неизбежности смерти в результате тяжелой болезни может появиться при тяжелой депрессии с психотическими симптомами. В принципе, между ипохондрическим расстройством и аффективным расстройством существует ясная грань, так как основными решающими симптомами при ипохондрическом расстройстве являются физические проблемы, а при аффективном расстройстве — смена настроения в виде уныния, печали и грусти (Rief и Hiller, 1998). Иногда бывает трудно отличить ипохондрическое расстройство от, так называемой, ларвированной депрессии, при которой доминирует не грусть, а физические симптомы. В частности, у пожилых пациентов с депрессивным расстройством могут присутствовать многочисленные соматические симптомы. При рекуррентном депрессивном расстройстве с ипохондрическими симптомами такие опасения повторяются, а в период без депрессии полностью исчезают. Иногда, в виде ипохондрических опасений, может проявиться патологическая грусть после потери близкого человека.

Депрессивные и тревожные расстройства могут встречаться вместе с ипохондрическим расстройством. Коморбидность с депрессией встречается относительно часто и в течение болезни периодически по примерно у 40 % пациентов. У пациентов, которые длительное время не обращаются за лечением со своими паническими атаками, часто происходит вторичная ипохондризация. Оба расстройства могут сосуществовать друг с другом. Более проблематичными являются ограничения, связанные с ГТР, при которых симптомы тревоги должны присутствовать более длительный период времени с точки зрения чрезмерного беспокойства о ежедневных заботах, которые могут включать опасения о собственном здоровье. Ипохондрические страхи в большей степени являются монотематическими и сопровождаются требованиями о проведении дальнейших обследований. Подобным образом, как и при ПР, может произойти вторичная ипохондризация пациента с ГТР, часто ятрогенным способом.

Более трудный — дифференциальный диагноз между отдельными соматоформными расстройствами. Соматизированное расстройство характеризуется изменчивостью и полиморфностью симптомов. При соматоформной вегетативной дисфункции, больной акцентирует свое внимание исключительно на вегетативных симптомах, связанных с одним органом или системой.

Иногда приходят пациенты с соматическими проблемами, страдающие диссоциативными (конверсионными) расстройствами. В этом случае мы часто можем наблюдать «великолепное безразличие» — «La Belle indifference» (индифферентное отношение с эмоциональной дистанцией или неадекватностью). В отличие от этого пациент, страдающий ипохондрическим расстройством, значительно обеспокоен своими соматическими нарушениями.

Отличить имитируемые расстройства и симулирование от ипохондрического расстройства не всегда легко. При ипохондрическом расстройстве симптомы не являются волевыми, в то время как при имитируемом расстройстве являются. Пациенты, страдающие ипохондрическим расстройством, обычно не фальсифицируют обследование, но это может случиться при настаивании на лечении.

Коморбидность между ипохондрическим расстройством и расстройством личности достаточно частая. Речь идет в особенности о нарциссическом, параноидальном, зависимом, пограничном и истерическом расстройстве личности.

8.5.1.6. Развитие ипохондрического расстройства

Развитие, как правило, хроническое. Реже течение носит фазный характер, иногда возникают флуктуации в интенсивности опасений. В случае вторичной депрессии возрастает угроза самоубийства. Обычно, начало расстройства происходит в конце подросткового и начале взрослого возраста. Пик заболеваемости происходит у мужчин около 30 лет жизни, у женщин — в возрасте около 40 лет. Тем не менее, симптомы часто появляются в возрасте после 50 лет. Ухудшение симптомов обычно связано со стрессовыми изменениями, или жизненными событиями. Из-за поведения, которое «должно защитить слабое здоровье», хроническое расстройство может, привести к атрофии мышц, контрактуре и остеопорозу по причине недостаточной активности. Примерно у трети больных, со временем, спонтанно происходит ремиссия, у 2/3 пациентов развитие хроническое и флуктуирующее, у четверти из них развитие расстройства очень неблагоприятное (Yutzy, 2003). Степень потери трудоспособности бывает разной и может привести к ее полной потере. Хорошие прогнозы имеют пациенты с высоким социально-экономическим статусом, с побочной депрессией или тревожным расстройством, которые реагируют на лечение.

8.5.2. Ипохондрическое расстройство с точки зрения КБТ

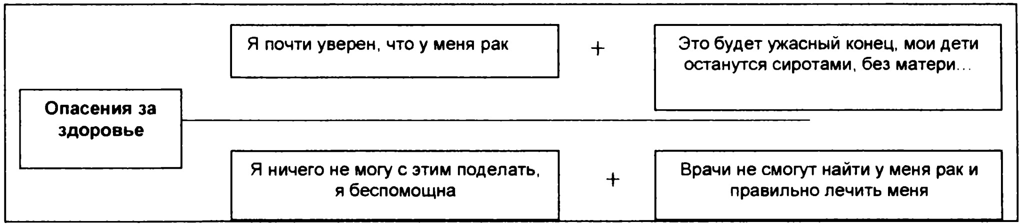
8.5.2.1. Бихевиоральные факторы ипохондрического расстройства

С точки зрения теории научения рассматриваются проблемы классического обусловливания (симптомы, которые появляются и приводят к тревожности, вызваны определенными раздражителями) и их поддерживании оперантным обусловливанием (негативное подкрепление посредством избегающего поведения, самоанализа, контролем функций организма и поиском заверений).

8.5.2.2. Когнитивные факторы ипохондрического расстройства

Английские авторы первые подчеркнули когнитивные аспекты чрезмерных опасений о здоровье (тревожные мысли, акцентирование внимания) (Salkovskis и Warwick, 1986; Stern и Fernandez, 1991). Больные обращают внимание на телесные ощущения, селективным образом удаляют их из контекста других событий, ошибочно интерпретируют. Этот процесс связан с основной когнитивной установкой, которая касается 4-х основных областей: убеждение о повышенной вероятности наличия серьезного заболевания, убеждение о катастрофических последствиях болезни, отсутствие уверенности в своей способности справиться с болезнью и недоверие в так называемые факторы спасения, под которыми понимается помощь извне (Salkovskis, 2003).

Пример важности когнитивных факторов и опасений о здоровье



Кроме того, для ипохондрического расстройства типичны следующие процессы:

Ощущение угрозы. Ошибочное толкование безвредных телесных ощущений, которые появляются во время большого стресса или физических симптомов реального заболевания, которое пережил пациент, приводит к возникновению чувства угрозы. Впоследствии, как результат, возможна стрессовая реакция.

Чрезмерное наблюдение за физическими симптомами. Чувство угрозы приводит к обострению восприятия ощущений, вызванных вегетативной нервной системой. Пациент, например, чувствует стеснение в области желудка. Он думает, что это может быть рак. Чувство стеснения усиливается, что подтверждает исходную интерпретацию. Направление внимания приводит к тому, что обычные чувства, которых он раньше не замечал, начнут восприниматься в качестве странных. Он может заметить у себя дыхательную аритмию или бледные ногти. Эти наблюдения он может сделать впервые и затем начинает верить, что ничего подобного раньше не было, и это еще раз подтверждает его опасения. Акцентирование внимания может привести к реальным изменениям функционирования физиологических систем, которые находятся под рефлексивным и волевым контролем (например, дыхание). Пациентка замечает, что у нее возникают трудности с глотанием сухой пищи и рассматривает это в качестве симптома рака гортани. Она сосредотачивается на глотании, что приводит к тому, что она проглатывает еду с большим усилием, и ее неприятное чувство еще больше возрастает.

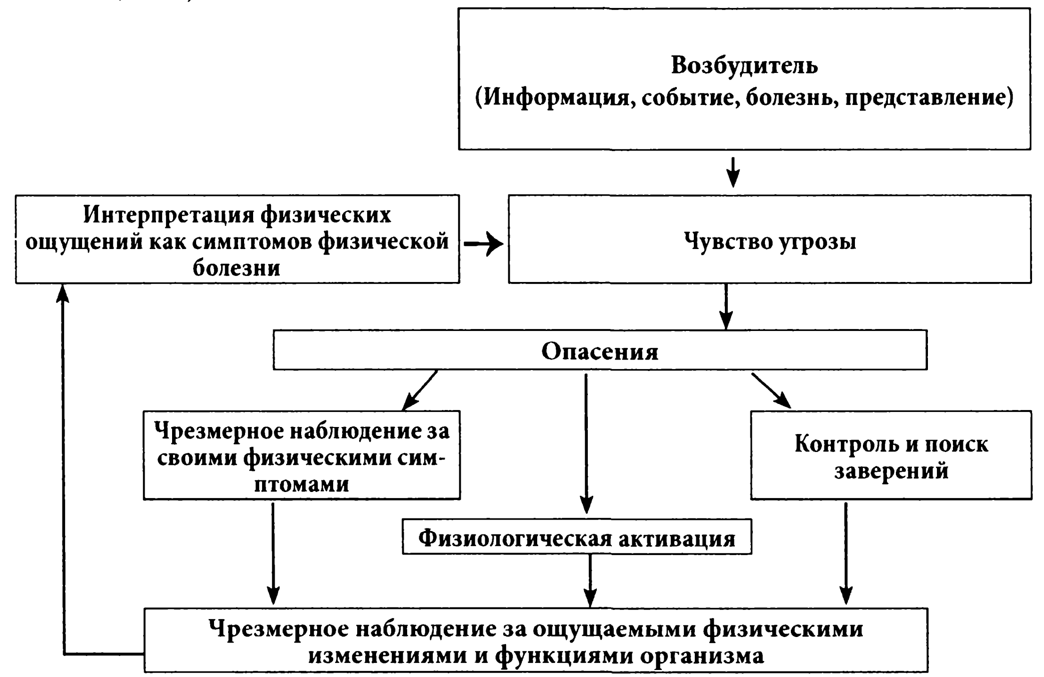
Повышенная физиологическая активация. Чувство угрозы приводит к увеличению физиологической активации вегетативной нервной системы по целому ряду физических симптомов, связанных с этой активацией: чрезмерная потливость, покалывание в конечностях, зуд кожи, головная боль, гипервентиляция и т.д.

Контроль и поиск заверений. Больной начинает систематически следить за своими физиологическими функциями. Он часто измеряет свой пульс, температуру, давление. Поскольку он ищет патологию, наблюдение за функциями организма его не успокаивает, что, в свою очередь, приводит к увеличению беспокойства. Он начинает искать врачей и настаивает на проведении следующих дополнительных обследований. Так как он чрезмерно озабочен своим здоровьем, то обычно во врачебных исследованиях ищет подтверждение своих опасений. Неясные объяснения, которые он часто получает по причине отсутствия соматической патологии, являются благодатной почвой для создания катастрофических интерпретаций. Положительные заверения могут быть легко обесценены мыслью больного, что врачи «все равно не говорят правду, потому что не хотят, чтобы я волновался». Для уверенности больной обращается сразу к нескольким врачам. Их выводы, как правило, похожи, но могут отличаться в определенных деталях, что приводит к неопределенности и другим опасениям. Способы, с помощью которых пациент ищет заверения, чрезвычайно разнообразны и включают в себя незамет-

ные способы, такие как случайные разговоры, в которых он упомянет о своих симптомах (Salkovksis, 1989). Больной может одновременно посещать несколько врачей и постоянно задавать вопросы членам семьи и друзьям, причем внешне его вопросы не касаются опасений за здоровье. Например, одна пациентка перед выходом из дома всегда одевалась, но не красилась, а затем спрашивала мужа, как она выглядит, не бледная ли она и не выглядит ли больной.

Избегающее поведение. В связи с тем, что стимулы, которые увеличивают беспокойство вездесущи (статьи о заболеваниях в прессе, вопросы о том, как чувствует себя пациент, рассказы о заболеваниях в зале ожидания и т.д.) — классическое избегающее поведение, характерное для фобии, встречается значительно реже (например, избегание движения для предотвращения обострения заболевания). Вместо этого, пациенты прибегают к поведению, которое предназначено для предотвращения ожидаемой катастрофы. Типичны — контроль функций организма, повторная проверка самого себя, посещение различных врачей и т.д. На самом деле, такое поведение в дальнейшем акцентирует внимание пациента на его опасениях, которые, таким образом, поддерживаются. Избегание нагрузки из-за вероятной усталости может постепенно привести к ослаблению мышц и дальнейшему снижению производительности, повышению утомляемости после малейшей физической нагрузки.

Поддерживающий механизм при ипохондрическом расстройстве (Salkovskis и Warwick, 1986)



Когнитивный настрой. Играет важную роль при объяснении физических стимулов, либо при объяснении безопасности или интерпретации вредных последствий. Негативная интерпретация приводит к усилению беспокойства не только с точки зрения вероятности: «Определенно, у меня сердечный приступ», но и с точ-

ки зрения неполноценности или отвержения: «Я превращусь в калеку, неполноценного человека!». Черты ипохондрического расстройства похожи на черты ОКР, например, чрезмерное чувство ответственности. Пациенты с ипохондрическим расстройством убеждены в том, что именно они несут основную ответственность за постановку правильного диагноза и выводов, а не их врач. Поэтому такие пациенты сообщают врачу все, даже мельчайшие детали, имеют при себе копии всех результатов, наглядно показывают, где и что у них болит, чтобы врач смог правильно оценить их состояние. В противном случае, врач по их вине не сможет поставить правильный диагноз.

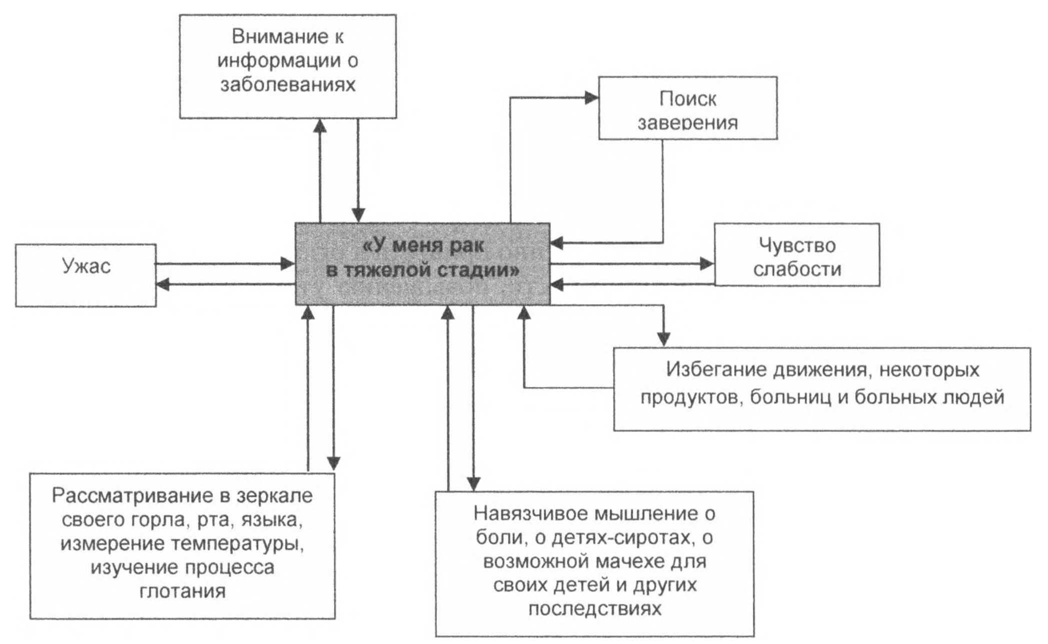


Рис. 8.34. Факторы, участвующие в поддержании ипохондрического расстройства (Salkovskis, 2003)

Когнитивное избегание. Пациенты очень часто не в состоянии указать конкретные последствия своей предполагаемой болезни. Так как их мысли и представления вызывают сильное беспокойство, они пытаются их блокировать. Люди с чрезмерным опасением о своем здоровье стараются не думать о предполагаемой болезни и контролировать свои мысли посредством отвлечения внимания. Мы говорим о когнитивном избегании. Усилие «не думать о болезни» приводит к тому, что они все равно вынуждены постоянно думать о ней. Опасения по поводу здоровья и мысли о болезни и смерти навязчивы, снова и снова возникают у них. Такие люди ищут утешение посредством самоконтроля, посещения врачей и следующих обследований.

8.5.2.3. Межличностные факторы ипохондрического расстройства

Пациент принимает роль больного, что позволяет ему избежать неприятных или неразрешимых для него жизненных проблем. Роль больного усиливается в их семьях или отношениях, где большое внимание уделяется здоровью, и где суще-

ствуют ложные или преувеличенные представления о болезни. Такие пациенты, как правило, вырастали в семьях, где слишком беспокойные родители направляли большие усилия на предотвращение физической болезни и придавали ей преувеличенный, часто зловещий смысл. В подобных семьях часто дискутируются темы о заболеваниях, о больных родственниках, и эти дебаты сопровождаются негативными прогнозами.

8.5.2.4. Модель КБТ ипохондрического расстройства

Модель КБТ объединяет бихевиоральную и когнитивную точки зрения на ипохондрическое расстройство.

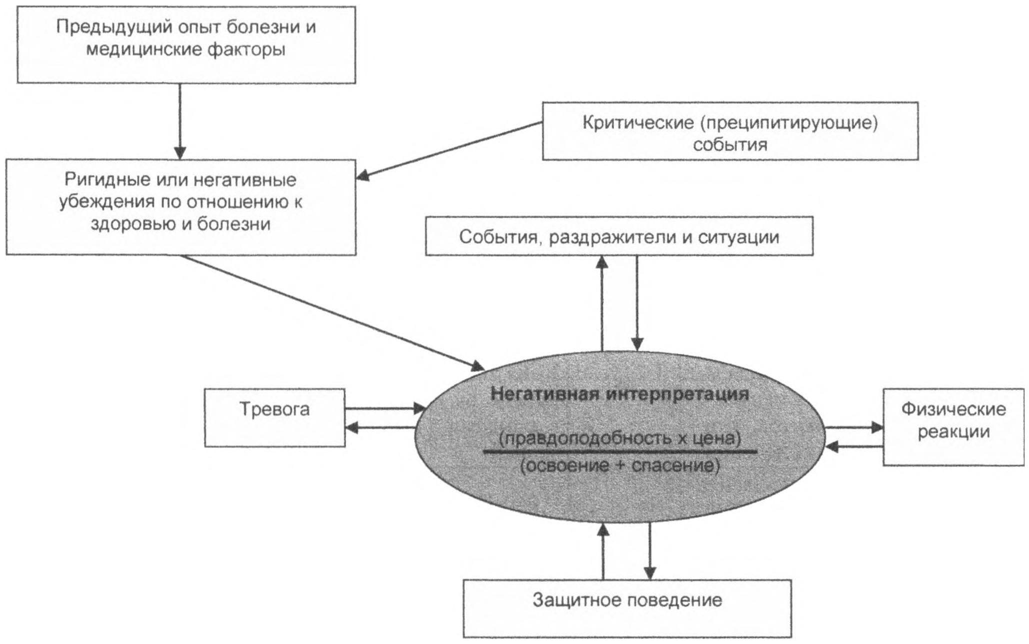


Рис. 8.35. Упрощенная модель КБТ ипохондрического расстройства

8.5.2.5. Исследование эффективности КБТ ипохондрического расстройства

Несколько контролируемых исследований КБТ и ряд тематических серий однозначно подчеркивает эффективность КБТ при этом расстройстве (Ford, 1983; Barsky и др., 1988; Fallon и др., 1993; Warwick, 1989; Warwick и др., 1996; Salkovskis и Warwick, 1986; Starcevic, 1991).

Таблица 8.22. Психотерапевтическое лечение ипохондрических расстройств

Цитация	Терапия	Количество пациентов	Тип исследования	Результаты
Kellner, 1983	Психотерапия	45	Проспективное	Улучшение или ремиссия в 64 %, особенно у тех пациентов, которые болели более короткий период времени, и у которых отсутствовала коморбидность по оси II

Miller, 1988	КБТ	7	Проспективное	100 % улучшение после 10 сеансов, у 86% улучшение сохранилось после 3-х месяцев катамнеза
Warwick и Marks, 1988	Бихевиоральная: экспозиция и профилактика реакции	17	Ретроспективное	Значительное улучшение у 88 % пациентов, у 46 % улучшение продержалось на протяжении 5 лет
Logsdail, 1991	Бихевиоральная	7	Ретроспективное	Значительное улучшение у 86 % пациентов
Stern и Fernandez, 1991	Групповая КБТ	6	Проспективное	Значительное уменьшение количества обращений за врачебной помощью, без изменений количества опасений по поводу болезни
Visser и Boumam, 1992	Сравнение когнитивной и бихевиоральной терапии	6	Проспективное crossover	Состояние 66 % пациентов значительно улучшилось, бихевиоральная терапия оказалась более эффективной, чем когнитивная
Warwick, 1996	КБТ	32	Проспективное	Улучшение состояния у 76 % пациентов после 16 сеансов, эффективность сохранилась после 3 месяцев катамнеза
Bouman и Visser, 1998	Сравнение «чистой» когнитивной и «чистой» бихевиоральной терапии	17	Проспективное Контролируемое	В обеих группах произошло улучшение по сравнению с контрольной группой, ожидающей лечение, между активными группами не было различия
Clark, 1998	Сравнение когнитивной терапии и «стресс-менеджмента», и пациентов, ожидающих лечения	48	Проспективное Контролируемое с рандомизацией	Оба подхода оказались эффективнее, чем контрольная группа, при когнитивной терапии быстрее происходит эффект на (8-й и 16-й неделе); значительные результаты поддерживались 12 месяцев
Fava, 2000	Сравнение «эксплანаторной» (объяснительной) терапии и группы пациентов, ожидающих лечения	20	Проспективное со случайным разделением	Эксплanаторная терапия оказалась более эффективной, результаты сохранились и после 6 месяцев катамнеза, однако, улучшение состояния было незначительным

8.5.3. Лечение ипохондрического расстройства

Лечение ипохондрического расстройства часто протекает очень трудно. Пациенты изначально отказываются от психиатрического лечения и уверены в присутствии физических расстройств. Психиатрическое лечение они принимают легче, если оно представлено в качестве помощи в управлении стрессом, который им мешает. Ряд психотерапевтических подходов при лечении ипохондрического расстройства был протестирован, однако доказательства того, что один из этих подходов более эффективен любого другого, у нас отсутствуют. Кельнер (1987) пришел к выводу, что может помочь поддерживающий, рациональный и образовательный подход. Госпитализация, лабораторные обследования и препараты с потенциалом для развития зависимости являются неподходящими.

Фармакотерапия

Целевой фармакотерапии не существует. Препараты могут помочь пациентам снизить напряженность, беспокойство или устранить депрессивные настроения. Интересно, что антидепрессанты, которые эффективны при лечении ипохондрического расстройства, эффективны и в случае ОКР. Раньше было продемон-

стрировано положительное влияние СИОЗС в случае ипохондрии в рамках расстройства с присутствием бреда. Преимущество СИОЗС заключается в том, что они имеют минимум побочных эффектов, которые, в противном случае, могли бы ухудшить симптоматику у этих пациентов. Терапию с помощью антидепрессантов мы должны рассматривать в качестве поддерживающей психотерапевтические интервенции, которые должны быть главными. Антидепрессанты могут стабилизировать определенные черты личности. Также они повышают болевой порог, что может способствовать улучшению симптоматики. Очень редко мы вводим анксиолитики и в краткосрочной перспективе — всегда необходимо учитывать риск привыкания. Анальгетики являются абсолютно неэффективными. Антипсихотические препараты в основном вводятся при психотических формах ипохондрии, но не всегда эффективны. При самостоятельном ипохондрическом расстройстве небольшие дозы антипсихотических препаратов могут значительно снизить интенсивность симптомов. Мы должны учитывать частое возникновение побочных эффектов, которые ипохондрическими пациентами воспринимаются чрезвычайно негативно. Поэтому на них необходимо обратить внимание пациента, и аккуратным дозированием постараться их избежать.

8.5.4. КБТ подход при ипохондрическом расстройстве

КБТ может проводиться индивидуально или в группах (Ford, 1983; Barsky и др., 1988). Большинство авторов предпочитает термин «страх о здоровье», потому что это более приемлемо для пациента и не обременено негативным значением. Подход осуществляется в духе взаимопонимания терапевта и пациента, испытывающего сильную тревогу, так как он убежден, что страдает от тяжелой болезни. Терапевт должен в начале терапии уделить достаточно времени тому, чтобы выслушать пациента и вызвать в нем уверенность в том, что он его понимает. Мы должны признать реальность симптомов пациента и не пренебрегать его страданиями или объяснениями своих симптомов на основе необоснованных спекуляций. Таковой может быть, так называемая, соматизация, то есть физические симптомы являются следствием подавления эмоций, либо вторичной выгоды. Это значит, что пациент бессознательно создает симптомы, потому что они приносят ему определенную выгоду. Для начала терапевт должен получить подробное описание проблем пациента, далее определить, как пациент объясняет себе свои симптомы, а затем предложить ему альтернативное, менее угрожающее объяснение его проблем. Это альтернативное объяснение основывается на когнитивной модели «страха о здоровье», основа которой — систематическая искаженная интерпретация обычных физических ощущений, как признаков серьезного заболевания. Эта интерпретация поддерживается порочным кругом. Важно, чтобы это альтернативное объяснение соответствовало прошлому опыту пациента и помогло ему понять свои будущие переживания. Альтернативные объяснения не представлены в качестве единственной правды, а как возможность, которую он может рассмотреть и проверить ее достоверность посредством экспериментов. Совместно планируются и бихевиоральные эксперименты, с помощью которых пациент может проверить, облегчает определенное избегающее или защитное поведение интенсивность его симптомов или ухудшает.

8.5.4.1. КБТ обследование ипохондрического расстройства

Правильное начало обследования и разъяснение его смысла важно для пациентов, которые считают, что были направлены на психотерапевтическое лечение по ошибке, потому что их проблема — соматическая (и, следовательно, требует соматического лечения). Это отношение может значительно осложнить первый разговор, особенно, если пациент согласился на разговор только для того, чтобы убедить терапевта, что он не в порядке физически и, что ему необходимо соматическое обследование, а не психотерапевтическое лечение. В начале разговора мы можем, например, спросить пациента: «Когда врач сказал вам, что отправит вас на психотерапевтическое лечение, как вы реагировали на это?», а затем «А что вы об этом думаете сейчас?». Довольно часто мы слышим ответ: «Врач считает, что я просто придумываю себе свои проблемы. Наверное, он думает, что я сумасшедший». Хороший способ привлечь пациента к сотрудничеству показан в следующем примере (Salkovskis, 1989):

В своей работе я решаю проблемы явно непсихологического характера, но в которых психологические факторы могут играть определенную роль. Например, ко мне часто обращаются за помощью люди, страдающие от тяжелых мигреней, язвы желудка, повышенного давления, т. е. те люди, у которых постоянно возникают опасения о своем здоровье. За этими проблемами часто скрывается реальная физическая болезнь, но психотерапия может помочь уменьшить беспокойство, которое влияет на развитие этих заболеваний, помочь справиться со стрессом, который вызван этим заболеванием. Психотерапия также может помочь людям лучше справиться со своей болезнью. На самом деле, очень необычно встретить такого человека, которого никаким образом не беспокоят его проблемы со здоровьем.

Кроме того, желательно сказать пациенту следующее (Salkovkis, 1989):

На сегодняшний день о ваших проблемах мне известно очень мало. Цель этого разговора состоит в том, чтобы узнать больше о вашем заболевании, и о том, насколько это влияет на вашу жизнь. Вполне возможно, что для вас психотерапевтическое лечение не подходит. Я был бы рад, если бы мы сейчас могли поговорить о ваших опасениях, чтобы я мог увидеть, существует ли что-нибудь, над чем бы мы могли продолжить вместе работать. Затем мы сможем поговорить о том, полезным вам будет лечение или нет.

Иногда необходимо проводить разговор такого типа 15—20 мин. Цель состоит в том, чтобы получить доверие пациента настолько, чтобы обсудить его проблему при взаимном сотрудничестве. Привести пациента к лечению — более поздняя цель (см. ниже), которая на данном этапе это не обязательна и даже нежелательна. Терапевт не может предложить никакого лечения до тех пор, пока не произойдет положительная психологическая формулировка проблемы пациента. Лишь небольшая часть пациентов отказывается говорить о чем-либо другом, кроме своих физических симптомов. Терапевт может сказать:

«Я понимаю ваши сомнения по поводу целесообразности обсуждения психологических аспектов вашей проблемы, потому что вы убеждены, что речь идет лишь о физическом заболевании. Но скажите мне, не засомневались ли

вы даже на мгновение в течение последних шести месяцев в этом убеждении?» или «Давайте лишь на данный момент воспримем этот вопрос серьезно, чтобы убедиться, что вы не пропустили ни одного из способов справиться со своими проблемами. Даже если мы будем говорить лишь о небольшом сомнении...»

Разговор при обследовании пациента происходит способом, который описан в главе об обследовании, причем, акцент мы делаем на соматических проявлениях проблемы и на мнении пациента относительно его физического состояния. Пациента с головной болью мы, например, спросим, заметил ли он, что улучшает или ухудшает его состояние. Заметил ли он некоторую закономерность, если речь идет об одном дне недели, месяце или времени года? О чем он думает в момент появления головной боли? Когда головная боль очень сильная, как он думает, что самое худшее с ним может случиться? Слишком тревожные пациенты часто думают о том, что с ними может случиться, хотя, как правило, бывает трудно узнать у них эти мысли. Эта проблема проявляется особенно тогда, когда пациент активно пытается не думать о своих опасениях.

Первый разговор с пациентом должен включать следующие аспекты:

1. Отношение пациента к лечению и к своей проблеме;
2. Анализ проблемы: когнитивные, бихевиоральные, физиологические и эмоциональные факторы;
3. Изучение защитного поведения, которое может принимать различные формы;
4. История предыдущего лечения, операций, альтернативных подходов и их последствий;
5. Степень расстройства: общественные мероприятия/трудовая деятельность/свободное время;

Мнение пациента о возникновении, причинах и развитии заболевания (подходящие вопросы: «Как вы думаете, чем вызваны ваши проблемы? Каким образом, по вашему мнению, происходит возбуждение симптомов, которые вы ощущаете?»);

6. Общие представления о природе, значении симптомов и убеждений о том, что такое здоровье, болезнь, в чем заключается работа врачей и т.д.;
7. Целесообразно использовать описание недавних событий, когда опасения по поводу здоровья были значительно хуже.

Важные компоненты анализа проблемы при ипохондрическом расстройстве

Возбудители опасений о собственном здоровье	Физические симптомы, слово болезнь, тема здоровья в средствах массовой информации, попытка обучения, спорт, ссоры родителей, недостаток сна
Физические симптомы	Головная боль, боль в спине, усталость, бессонница, ухудшение зрения
Когниции **Автоматические мысли** **Отношение к своему здоровью и заболеванию**	«У меня опухоль мозга». «Я буду ужасно страдать и умру». «Лучше было бы не жить». «Иметь физический симптом, значит иметь заболевание». «Если я не буду постоянно наблюдать за тем, как я себя чувствую, могу вдруг заболеть и умереть»

Эмоции	Страх, беспокойство, беспомощность, гнев на себя и на врачей, деперсонализация и дереализация
Поведение: **Перформативное** **Защитное, контролирующее, обеспечивающее** **Избегающее**	Стонет, лежит в постели. Ищет облегченное положение головы, измеряет температуру, просит заверения у врачей, требует проведения дополнительных обследований, принимает анальгетики, снотворные средства. Перестал двигаться, встречаться со сверстниками, много спит, оправдывается, рационализирует избегание
Модуляторы	Кратковременное улучшение после заверения от авторитетного человека, при отвлечении внимания (на некоторое время «забуду»). Ухудшение во время конфликтов в семье, при попытке осуществить какое-либо физическое и психическое действие
Межличностные факторы	Родители уделяют ему много внимания, ищут медицинскую помощь, ездят с ним к врачам, оплачивают альтернативное лечение, берегут и защищают его, брат над ним не издевается. Иногда, его отец «вспылит» из-за того, что больной ничего не делает
Жизненные последствия **Школа** **Семья и отношения** **Свободное время**	Прервал учебу, боится возвращаться в школу — страх неудачи, целый день находится один дома, где он ничего не делает. Родители перестали ссориться, больной находится в центре внимания. Бросил все свои хобби (футбол, настольный теннис), опасается ухудшения симптомов. Изоляция от друзей
Контекст развития расстройства	Ссоры между родителями. Значительное ухудшение успеваемости и страх перед реакцией отца. Расставание с девушкой через год платонических отношений
Формирующие влияния	Чрезмерное беспокойство матери о здоровье.Длительные и тяжелые роды, в дальнейшем, еще большее беспокойство матери. Чрезмерная забота в детстве, особенно в период болезни. Одноклассник в 7-м классе внезапно умер после непродолжительной болезни

Типичное защитное поведение людей, страдающих от чрезмерных опасений по поводу своего здоровья, включает:

1. Предохранение от заболевания или его последствий (как хождение в теплой одежде, профилактический прием лекарственных препаратов, витаминов, здоровое питание);
2. Избегающее поведение (попытка избежать тех ситуаций, в которых могут появиться сильные эмоции, катастрофические мысли или физические симптомы);
3. Контроль включает в себя измерение температуры, контроль цвета кожи, пальпацию частей тела, наблюдение за цветом мочи, калом, мокроты, неоднократное прохождение обследований, экспертизы, госпитализацию;
4. Заверение от близких людей, врачей, целителей, других пациентов и т.д., изучение медицинской литературы.
5. Примеры типичных автоматических мыслей при ипохондрическом расстройстве

Уверенность в наличии болезни	Уверенность в катастрофических последствиях
У меня рак! У меня опухоль мозга! Я умру! У меня больное сердце! У меня тяжелая неизлечимая болезнь!	Это будет невыносимо! Все меня осудят, когда я при боли буду не в состоянии контролировать себя! Дети останутся сиротами! В моей постели с мужем будет ночевать другая женщина!

Уверенность в собственной неспособности противостоять болезни	Уверенность в недостаточной помощи извне
Ничего не смогу с этим сделать. Я не выдержу этого. Я сойду с ума от боли.	Врачи не смогут поставить диагноз и лечить меня! Моя семья меня бросит!

У пациентов, убежденных, что врачи при диагностировании часто ошибаются, мы сталкиваемся с другой распространенной проблемой — с серьезными последствиями. Такое убеждение может возникнуть на основании собственного опыта, либо на основании случаев, опубликованных в средствах массовой информации.

Примеры типичных общих подходов к болезни и здоровью

1. Изменения в организме всегда значат, что что-то не так;
2. Если я не буду беспокоиться о своем здоровье, случится что-нибудь непоправимое;
3. Подробные тесты являются единственным способом, как можно действительно исключить заболевание;
4. Если врач отправляет меня на обследование, он тоже боится, что происходит что-то серьезное.

После того, как мы получим общее описание заболевания, мы должны сосредоточить внимание на подробном описании последних событий, когда проблема проявилась. Лучше всего, если пациент как можно более ярко вспомнит последнее такое событие и опишет его. Необходимо, чтобы пациент разъяснил нам ситуацию и время: где и когда она произошла? Чем пациент занимался перед наступлением этого события? Каковы были первые признаки дискомфорта? Постепенно, мы пытаемся пройти через всю ситуацию и выяснить личную реакцию на нее пациента. Мы спрашиваем пациента о сильных чувствах дискомфорта. О чем он думал в этот момент? Что он сделал? Что произошло после этого? Что могло бы произойти в тот момент самое ужасное? Сделал ли он что-нибудь, чтобы предотвратить это? Если все происходило слишком быстро, мы можем помочь пациенту вернуться к этой ситуации с закрытыми глазами в воображении.

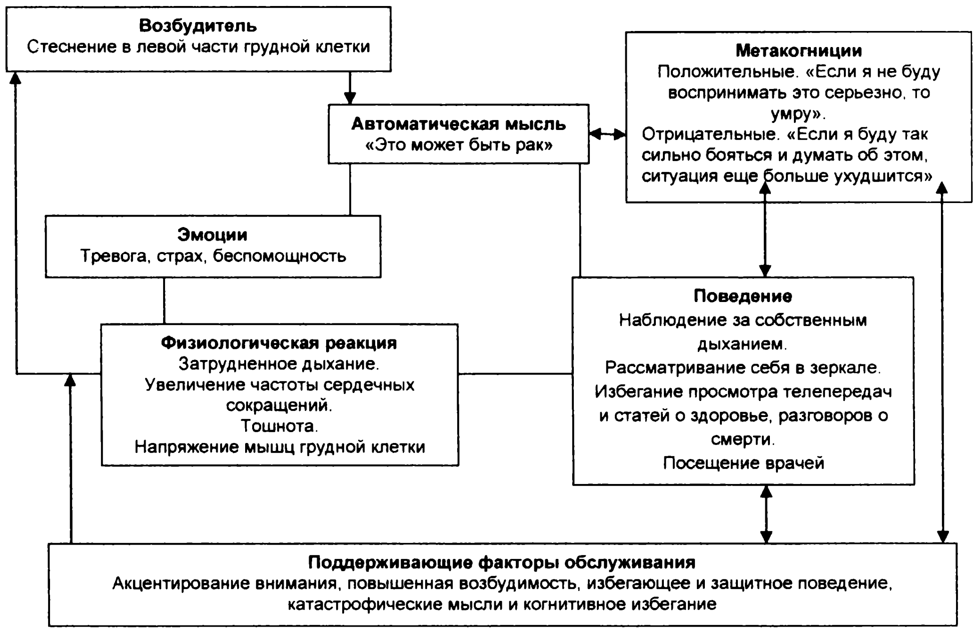


Рис. 8.36. Порочный круг ипохондрических опасений

Основной метод обследования — «направляемый поиск» (guided discovery) Цель состоит в том, чтобы как можно лучше понять порочный круг опасений по поводу здоровья.

Для решения этой задачи можно использовать следующие вопросы:

1. «Когда вы обнаруживаете, что у вас цепенеют пальцы, что самое худшее это может означать?»
   (+ насколько вы в это верите?);
2. «Когда вы говорите себе, что это рассеянный склероз, как это влияет на вас?» (Как это меняет ваше настроение ... и влияет на ваше настроение, что вы сделаете потом ... на что вы обратите свое внимание ... как вы с этим пытаетесь справиться?);
3. «Что вы сейчас думаете по этому поводу?»; «Когда вы говорите себе, что страдаете рассеянным склерозом, что с вами в этот момент происходит?».

8.5.4.2. Оценка и измерение ипохондрического расстройства

Лишь в редких случаях, после первого обследования, можно сформулировать проблему. Следующее обследование должно включать информацию о самонаблюдении (которое также используется для получения исходных данных, в отношении которых мы будем измерять эффект лечения) и заполнение самооценивающих анкет. Вначале мы просим пациента вести учет важных переменных (рассматриваемую проблему, мысли, которые появляются при возникновении проблемы, настроение и поведение в целом). Терапевт должен подчеркнуть, что на данном этапе пациенту необходимо описать свои мысли и поведение, связанные с этой проблемой, но не пытаться определить, что стало их причиной.

Таблица 8.5.8. Самонаблюдение — пример записи автоматических мыслей

Время	**Ситуация** Чем я занимался или, о чем я думал?	**Автоматическая мысль:** О чем я думал? Насколько я верю в эти мысли?
9:20	Телевизионная передача о ВИЧ-инфицированных людях	Я умру также рано, как и они. (70 %) Это несправедливо, я жил достойно и честно!
10:14	Размышления о проблемах на работе — испытываю стеснение в груди	Опять начинается это состояние. У меня что-то происходит с сердцем, вероятно, это аневризма аорты (60 %). Я умру так же, как мой отец (80 %).
12:07	Лежание в постели — измеряю свой пульс	Опять у меня сильное сердцебиение! Что, если я умру...Умру молодым... (90 %) У меня будет разрыв аорты... — это будет ужасная боль (95 %). Я должен вызвать врача (100 %)

Самонаблюдение имеет форму ежедневных записей. Оно включает переменные, которые кажутся важными на основании первичного обследования. Хотя основные измерения (например, интенсивность головных болей) должны быть постоянными, другие детали, записанные в течение дня (например, мысли об опухоли головного мозга), могут различаться в процессе лечения и уточнения формулировки проблемы. Позже, во время лечения, следует записывать исполь-

зование и эффект методов, освоенных пациентом во время терапии и предназначенных для решения проблемы*.

8.5.4.3. Проблемы и цели, план лечения ипохондрического расстройства

Общая цель терапии заключается в том, чтобы пациент перестал беспокоиться о своем здоровье, был в состоянии справляться с повседневными обязанностями и заниматься своими любимыми занятиями. Реалистичная цель — облегчение симптомов до приемлемого уровня, что позволит пациенту работать и более качественно проживать свою жизнь. Полное устранение симптомов — максималистская цель и достигается лишь некоторыми пациентами. По этой причине целесообразнее говорить о смягчении, чем об устранении симптомов. При терапии возникают следующие важные задачи:

1. помочь понять пациенту, что его проблемы имеют психологическое (стрессовое) происхождение;
2. помочь пациенту смягчить или устранить отдельные симптомы;
3. поддержать пациента в адаптации при решении жизненных проблем, которые связаны с расстройством.

Перед началом лечения необходимо, чтобы терапевт с пациентом согласовали данные цели лечения. Многие пациенты готовы пройти психотерапию, но имеют иные цели, чем терапевт, который пытается сформулировать психологическую проблему. Пациенты могут воспринимать терапевта в качестве потенциального союзника в своем усилии исключить физическую болезнь, или подтвердить свое убеждение, что основная их проблема — соматическое расстройство. Они могут стараться убедить терапевта, что они не сумасшедшие, или воспринимать терапевта в качестве дополнительного источника профессионального заверения. Если не удастся согласовать различные ожидания относительно лечения и его протекания, маловероятно, что терапия будет эффективной. С другой стороны, терапевт не должен ожидать, что пациент признает, что его проблема — обычная тревога, когда тот ищет лечение для своей предполагаемой непризнанной физической болезни. Этот тупик можно преодолеть с помощью откровенного разговора, при котором мы не отказываемся от убеждений пациента, но и не поддерживаем их. Для начала терапевт должен полностью признать, что пациент испытывает физические симптомы и убежден в том, что они вызваны серьезным физическим заболеванием. Он может объяснить, что подобные убеждения возникают у людей на основании определенных наблюдений, которые дают им убедительное доказательство того, что они больны. Однако могут существовать и другие объяснения симптомов (Salkovskis, 1989). Прежде чем пациент решит, приемлем ли для него этот новый подход, ему следует рассмотреть вопрос о целесообразности двух возможных подходов к решению своих проблем — старых и новых (Salkovkis, 1989). Как долго пациент пытается решить свои проблемы и избавиться от своих трудностей исключительно с помощью медицинских ресурсов? Насколько эффектив-

* Мы используем Анкеты, определяющие степень тревоги и депрессии (например, HAMA, Анкета тревоги Бека, Анкета депрессии Бека), и другие специальные анкеты (Whitley index, Illness Behaviour Questionnaire, Illness Attitude scale, их использование в настоящее время индексируется и, до сих пор они не были переведены на чешский язык). (На русском есть эпи опросники, но не все, — прим. Редактора)

ным оказался этот способ? Попробовал ли он когда-либо действительно в полной мере альтернативный психологический подход, который ему предлагает терапевт? Затем терапевт может предложить пациенту попробовать работать с ним, используя новый метод в течение 4-х месяцев. Если пациент выполнит все задачи, которые они с терапевтом согласовали, и в конце определенного периода его проблемы нисколько не уменьшатся, будет разумно вернуться к первоначальному способу решения проблем — терапевт вновь рассмотрит проблемы пациента с соматической точки зрения. Таким образом, мы не пытаемся принудить пациента отказаться от своих убеждений, а рассмотреть и в течение некоторого времени попробовать что-то другое. Этот подход мы иллюстрируем в следующей записи второго сеанса с 57-летней женщиной (Salkovkis, 1989):

Терапевт: *Вы убеждены в том, что у вас присутствует серьезное физическое заболевание, которое врачи не смогли найти. Так ли это?*

Пациентка: *Да, это так.*

Терапевт: *Эта мысль вас очень огорчает, и вы чувствуете себя из-за этого несчастной. Она влияет на вашу жизнь таким образом, что вы не в состоянии находиться в одиночестве, эта мысль мешает вам заниматься тем, что вы любите, например, играть в теннис. Кроме того, из-за этой проблемы вы перестали есть как раньше, что может привести к тому, что процесс приема пищи станет для вас все труднее и труднее. Так ли это?*

Пациентка: *Да. Иногда я могу находиться в одиночестве, а иногда нет, и в этом случае я не могу себе помочь.*

Терапевт: *Правильно. Обычно, когда люди боятся чего-то, у них есть причины для этого. В вашем случае, беспокойство о вашем здоровье вызвано тем, что вы чувствуете боль, теряете вес, у вас проблемы с приемом пищи, глотанием, а также, с пищеварением. Для вас это все значит, что вы больны, особенно, если эти проблемы возникают каждый день. Есть ли какие-нибудь другие нюансы, которые убеждают вас в том, что вы больны?*

Пациентка: *Да, это не ком, но такое ужасное чувство стеснения в горле, мне очень больно. Мой врач осмотрел меня, но мне стало еще хуже после рентгеновского обследования, не раньше. По этой причине я перестала есть. Также, у меня присутствуют проблемы с мочеиспусканием. Это пугает меня, я не могу с этим справиться. Все это заставляет меня верить в то, что я нахожусь в таком же положении, как и моя мать.*

Терапевт: *И это приводит к тому, что вы думаете о самом худшем; что вы больны раком, как и Ваша мать?*

Пациентка: *Да.*

Терапевт: *Существуют и некоторые факты, из-за которых вы думаете, что также страдаете чрезмерным беспокойством: например, в конце нашей последней встречи, вы сказали, что ваши проблемы со сном вызваны опасением того, что вы можете умереть во сне, поэтому стараетесь не засыпать. Таким образом, тот факт, что у вас присутствуют проблемы со сном можно объяснить вашим беспокойством?*

Пациентка: *Я думаю, что да.*

Терапевт: *Ну, у вас также есть проблемы с болью, приемом пищи, мочеиспусканием и пищеварением. Поэтому вы думаете, что больны. В то же время вы обеспокоены тем, что врачи не будут серьезно воспринимать эти ваши проблемы, потому что у вас они появлялись и раньше.*

Пациентка: *А как они смогут узнать, что я страдаю от какого-либо серьезного органического заболевания? В этот раз все по-другому, чем было раньше. На этот раз я не могу от этого избавиться.*

Терапевт: *Врач вас выслушал, но у вас есть опасения, что он слишком много внимания уделяет тому, что было раньше (кратко обсудит, каким способом устанавливаются диагнозы.) Он думает, что вы чрезмерно заботитесь о своем здоровье и что ваши симптомы вызваны вашим беспокойством. (Обсудит симптомы тревоги, опишет влияние тревоги на боль и аппетит.) Что вы об этом думаете?*

Пациентка: *Могу вам только сказать, что когда мои трудности начинают возрастать, я убеждена, что права именно я.*

Терапевт: *Хорошо. У меня есть предложение для вас. Вы обеспокоены тем, что с вами что-то физически не в порядке, и я понимаю, почему вы на основании тех симптомов, о которых мы говорили, так думаете. Мы также обсудили, на основании чего я думаю, что вы страдаете определенным типом страха болезни. Таким образом, мы имеем 2 варианта, и мы должны учитывать оба. Один из вариантов, которому вы верите, а я в нем сомневаюсь, состоит в том, что вы действительно серьезно физически больны. Второй вариант, которому я верю, а вы в нем сомневаетесь, состоит в том, что вы очень беспокойны и у вас присутствуют волнующие мысли. Эти мысли заставляют вас постоянно обращать внимание на свои страхи, которые вызывают различные симптомы в вашем теле, например, ухудшают аппетит. Я правильно описал вашу ситуацию?*

Пациентка: *Да, это так.*

Терапевт: *Как часто вы в последнее время пытались справиться со своими проблемами так, будто действительно больны?*

Пациентка: *Вы имеете в виду, что я, например, ходила к своему участковому врачу? Да, он осматривал меня много раз.*

Терапевт: *Это привело к уменьшению ваших симптомов?*

Пациентка: *Нет, потому что... он дал мне лекарства, но ничего не обнаружил. Но что еще я могу сделать?*

Терапевт: *Похоже, вы пытались справиться со своими проблемами так, как будто это было физическое заболевание. Я предложил вам версию, что главной причиной вашей проблемы может быть беспокойство. Вы пытались справиться со своей проблемой так, как будто речь идет о беспокойстве? Вы пробовали такой вариант?*

Пациентка *(долгая пауза): Я не могу сказать, что пробовала такой вариант.*

Терапевт: *Вы не пытались справиться с проблемой, рассматривая это как беспокойство?*

Пациентка: *Нет.*

Терапевт: *Вы пытались справиться с этой ситуацией как с физической проблемой. Что, если мы с вами заключим договор только на 3 месяца, в течение которых вы попытаетесь справиться с проблемой, как с чрезмерным беспокойством. Если вы 3 месяца будете делать все, чтобы справиться с беспокойством, о чем мы с вами договоримся, и после этого ваша ситуация не улучшится, мы заново посмотрим на проблему с точки зрения физических аспектов.*

Пациентка: *Я понимаю.*

Терапевт: *Я думаю, что это разумно — если вы это сделаете и будет положительный результат, ваши проблемы будут решены. Если такой метод не поможет, это также будет хорошо, потому что тогда вы сможете сказать: «Мое беспокойство уменьшилось, а мои физические проблемы все еще сохраняются — вы должны рассмотреть эту ситуацию еще раз». Кажется ли вам такой вариант целесообразным?*

Пациентка: *Я понимаю. С чего мы начнем?*

8.5.4.4. Терапевтические вмешательства при ипохондрическом расстройстве

Основные терапевтические вмешательства при ипохондрическом расстройстве включают:

1) анализ проблемы;
2) психообразование;
3) когнитивную реструктуризацию с поиском альтернативных объяснений;
4) экспозиционную терапию: предотвращение избегающего поведения, устранение защитного поведения режима безопасности, экспозицию в воображении (воздействие физических переживаний болезни, представлений о собственной смерти);
5) практику релаксации (прогрессивная релаксация Оста, аутогенная тренировка Шульца);
6) постепенное и регулярное повышение физической активности;
7) дыхательные упражнения (успокаивающее дыхание, контролируемая гипервентиляция);
8) практику полного осознавания (mindfullness);
9) решение жизненных проблем;
10) профилактику рецидивов.

Анализ проблем

Основной шаг — пробуждение у пациента мотивации на лечение. Самым важным моментом для получения мотивации может стать ощущение пациента, что терапевт понимает его. Необходимо осознать, что пациент начинает лечение по собственной воле. Важно найти причины и выразить понимание переживаний и действий пациента, например: что он не захотел прийти на сеанс, для подтверждения того, что он психически здоров, что он беспокоится по поводу лечения или, что он нам не доверяет. Особенно при первом разговоре с пациентом необходимо проявить осторожность, чувствительность, понимание, готовность помочь, терпение (подробно описать все симптомы, просмотреть результаты обследова-

ний). Целесообразно выделить достаточно времени для того, чтобы выслушать всю историю пациента (даже с жалобами и гневом на врача, к которому он ходил), внимательно просмотреть анализы, которые он принес, и быть эмпатичным к его чувствам: страданию, гневу, недоверию или беспомощности. Мы стараемся избежать споров о причинах симптомов. Пациент, как правило, обеспокоен тем, что его будут подозревать в симуляции симптомов. Мы стараемся избежать конфронтации, в противном случае мы рискуем, что пациент больше не придет. Очень важна поддержка пациента в выражении его эмоций. Мы не поддерживаем его убеждение в наличии у него серьезного заболевания, однако, поддерживаем самого пациента (больной нам точно и подробно описал всю ситуацию, он ответственный) и его эмоции (это должно быть трудно для него, понятно, что у него присутствуют опасения, и т.д.). Вначале мы должны быть осторожны при исследовании социальной ситуации больного, в особенности близких отношений, потому что пациенту при его страданиях хочется верить, что хотя бы одна его социальная ситуация осталась нетронутой. Об этой социальной ситуации мы конечно спросим его, потому что должны понимать контекст, в котором развилось расстройство и в котором оно поддерживается. Тем не менее, мы должны избежать всех причинных интерпретаций. В процессе терапии мы повторно продолжаем заниматься анализом проблем — исследуем и описываем поведение пациента (защита, контроль, измерение, заверение), которое служит для нейтрализации беспокойства, ищем его когнитивные и эмоциональные компоненты. После анализа с использованием бихевиоральных экспериментов и экспозиций с запретом выполнения нейтрализующих действий мы постепенно снижаем несоответствующее поведение.

Психообразование

В процессе лечения терапевт предлагает альтернативное, менее угрожающее объяснение проблем, так происходит постепенное образование о происхождении физических проблем. Это альтернативное объяснение основывается на когнитивной модели «опасения о здоровье», основа которой — факт, что больной интерпретирует ряд общих физических ощущений в качестве признаков серьезной болезни систематически искаженным образом. Важно, чтобы это альтернативное объяснение соответствовало прошлому опыту пациента и помогло ему понять и его будущие переживания. Альтернативные объяснения не представляются пациенту лишь в качестве единственной правды, а как возможность, над которой он может задуматься и проверить ее достоверность посредством проведения эксперимента.

Когнитивная реструктуризация с поиском альтернативных объяснений

Кроме когнитивной реструктуризации АНМ, которые относятся к выше перечисленным областям (уверенность в повышенной вероятности болезни, ее катастрофических последствий, пониженная уверенность в своей собственной способности при решении проблем и в посторонней помощи), пересмотр малоадаптивных убеждений относительно концепции здоровья и болезни — еще один важный шаг когнитивной реструктуризации. Речь идет о точке зрения, типа «здоровье — означает отсутствие физических симптомов; симптом тождественен бо-

лезни; если ваш врач назначил полное обследование, значит имеется заболевание» и т.д.

Пример когнитивного преобразования

Ситуация	Мысль	Эмоции	Поведение	Реструктуризация	Действия
Слабый ток мочи при мочеиспускании	У меня будет задержка мочи Опять у меня воспаление	Напряженность Гнев	Измерение температуры Звонок врачу	Ток мочи меняется и по другим причинам — сколько я пил и сколько я потел. Я часто опасаюсь воспаления, хотя результаты анализов отрицательные	Не буду измерять температуру, не буду звонить врачу

Последний шаг когнитивной реструктуризации — аккомодация основных схем и полученных убеждений, которые связаны с дезадаптацией к стрессовым жизненным факторам. Эта работа пациента помогает стабилизировать будущее и часто происходит в то время, когда симптомы находятся под контролем.

Бихевиоральные эксперименты

Цель бихевиоральных экспериментов — показать пациенту, что его симптомы зависят и от иных факторов, чем те, которые он рассматривает в качестве основных (Salkovskis, 1989):

Пациентку, которая была убеждена в том, что ее затруднения при глотании являются признаком рака гортани, терапевт попросил несколько раз сделать глоток, а затем описать эффект. Пациентка с удивлением обнаружила, что действительно трудно сделать несколько глотков сразу, и что такие же трудности возникли и у терапевта, когда он выполнил такое же действие после пациентки. Смысл этого наблюдения состоял в развенчании неверного убеждения.

У другой пациентки присутствовало жжение в голове, и она была убеждена, что у нее опухоль головного мозга. Когда она сосредоточивалась на этом жжении и на мыслях о наличии опухоли головного мозга, жжение становилось еще сильнее. Когда она вслух описывала картину в кабинете терапевта, она переставала обращать внимание на жжение. При обсуждении этого эксперимента она осознала, что мысли об опухоли головного мозга, как правило, приводят к появлению у нее симптомов. Терапевт спросил о выводе, который она сделала из этих наблюдений. Она ответила, что ей кажется маловероятным, что раздумья об опухоли головного мозга вызывают симптомы, скорее всего, эти симптомы были вызваны ее тревогой, которая усиливалась, когда она начинала думать об опухоли.

По мнению пациентов, большинство форм поведения, которые появляются при ипохондрическом расстройстве, используются в профилактических целях, и поэтому их довольно трудно изменить без изменения убеждений, на которых они основаны.

Терапевтический подход направлен на объяснение роли данного поведения в поддержании тревоги, концентрации внимания и нарушении физиологических функций. Особенно эффективна практическая демонстрация, если удастся показать, что изменение поведения оказывает непосредственное влияние на измене-

ние симптомов. Терапевт и пациент, таким образом, проводят эксперименты для проверки достоверности убеждений пациента, что данное поведение обеспечивает ему безопасность и защищает его от повреждения здоровья, а также проверяют, действительно ли такое поведение приводит к снижению симптомов.

Пациент был обеспокоен той мыслью, что у него рак печени, который прорастает в кожу под правым подреберьем. Поэтому он часто и интенсивно исследовал, и ощупывал инкриминируемую область. Это привело к ощущению давления, отекам и покраснению кожи. После того, как терапевт узнал, как пациент проверяет свою опухоль, они совместно провели эксперимент, в котором очень сильно прощупывали кожу под левым подреберьем в течение 5 мин в начале и в конце сеанса. Неприятные ощущения давления, отек и покраснение кожи убедили пациента, что вероятно, изменение кожи, которого он так боится, он самостоятельно вызывает своим поведением.

Во многих случаях, чрезмерное акцентирование внимания пациента на болезни поддерживается определенным избегающим поведением, которое препятствует пациенту в получении информации, противоречащей его интерпретации негативных симптомов.

Одна пациентка с болью была убеждена в том, что не прикована к инвалидной коляске лишь потому, что ограничила свою физическую активность и оставалась в постели, когда боль становилась сильнее. Когда она начала заниматься физическими упражнениями, то была очень удивлена, что данная физическая активность не привела к ухудшению ее состояния (Salkovskis, 1989).

Экспозиционная терапия

Экспозиция в естественных условиях значит воздействие на пугающие ситуации, например, кладбища, больницы и т.д. Другой метод — воздействие пугающих физических ощущений (гипервентиляция, физические упражнения), катастрофических мыслей и представлений с предотвращением защитного и избегающего поведения. Частью КБТ являются физические упражнения и обучение релаксации. Оба метода представляют сильную экспозицию в естественных условиях — пациент долгое время избегал физических движений и, вначале он, при релаксации, более остро осознает свои физические ощущения, так как не отвлекает от них свое внимание на другие виды деятельности.

Примеры проблемных ситуаций и целей

	Проблемы	Цели
Самые легкие	• Я не хожу пешком и не использую общественный транспорт, везде езжу на автомобиле. • Постоянно ношу с собой Тримепранол и Диазепам, для «безопасности». • Я перестал заниматься любовью со своей подругой, опасаясь повредить свое здоровье	• Начать ходить пешком и ездить на общественном транспорте вместо езды на автомобиле. • Перестать носить с собой лекарства для «безопасности». • Восстановить сексуальные отношения с Каролиной

Средней тяжести	• Даже сейчас, когда довольно тепло, постоянно хожу в шарфе и шапке. • Я соблюдаю диету, избегаю употребления жирного мяса и всего искусственного. • Периодически звоню врачу, чтобы он заверил меня, что когда мне станет плохо, он мне поможет	• Выходить на улицу без шапки и шарфа. • Начать есть все продукты. • Перестать регулярно звонить врачу
Самые сложные	• Из-за страха я полностью перестал заниматься спортом. • Через каждые несколько минут я ощупываю свое подреберье, в порядке ли у меня печень. • Я измеряю температуру не менее 8 раз в день. • Каждый месяц я хожу к участковому врачу, чтобы пройти следующее обследование	• Начать заниматься спортом. • Перестать ощупывать подреберье • Перестать много раз в день измерять температуру. • Перестать настаивать на прохождении следующих лабораторных обследований

Предотвращение получения заверений

При анализе заверений мы узнаем: как они работают в самом начале, как долго после получения заверений длится облегчение, что пациент думает о них, какие последствия они имеют. Затем мы проводим Сократовский диалог о смысле заверений. После оспаривания значения заверений в долгосрочной перспективе (приводит к поддержанию опасений по поводу здоровья) мы предлагаем эксперимент — постепенное продлевание времени без получения заверения:

Пациент, который имел тенденцию постоянно обсуждать свои симптомы и убеждаться, что у него нет рака, спросил терапевта, почему с ним никто не хочет говорить о его симптомах. Терапевт осознал, что разговор превратится в непродуктивные споры (Salkovskis, 1989):

Терапевт: *Вы думаете, что вам это действительно необходимо?*

Пациент: *Да, я буду чувствовать себя лучше.*

Терапевт: *Хорошо. Если вам это действительно поможет, тогда я с вами поговорю о ваших симптомах. И я хочу сделать это как следует. У меня сейчас достаточно времени, которое я с радостью проведу с вами, особенно, если это действительно поможет решить вашу проблему. Сколько раз я должен вас заверить, чтобы вы убедились, что ваши симптомы не значат, что у вас рак, и чтобы вы чувствовали себя спокойно до конца этого года?*

Пациент: *До конца года?*

Терапевт: *Да. Мне кажется, что не имеет смысла заново делать то, что вы делали уже много раз, если вам это, конечно, действительно не поможет. Будет ли вам достаточно трех часов заверений до конца года?*

Пациент: *Но... это не будет достаточно до конца года.*

Терапевт: *Я понимаю. На какое время этого будет достаточно?*

Пациент: *Наверное, только на сегодняшний день. Потом я заново начну волноваться.*

Терапевт: *Т. е. независимо от того, как долго вас не заверяли бы в безвредности ваших симптомов, этого никогда не будет достаточно?*

Пациент: *Да, иногда случается, что чем больше кто-то уверяет меня, тем больше мне это нужно.*

Терапевт: *Вы говорите, что даже если я буду долгое время вас заверять в безвредности ваших симптомов, то у вас, все равно, в течение короткого времени, опасения за свое здоровье вернутся и даже могут усилиться. Так как я только что определил одну из ваших основных проблем, что вы чрезмерно беспокойны и волнуетесь о своем здоровье, вы думаете, что следующие заверения будут эффективным способом решить эту проблему, или мы должны искать что-то более надежное?*

Если поиск заверений — главная особенность проблемы пациента, необходимо запланировать бихевиоральный эксперимент, демонстрирующий влияние заверений на психику (Salkovskis и Warwick, 1986). Этот эксперимент может также функционировать в качестве способа привлечения больных, которые сомневаются в начале лечения. Например, перед началом терапевтического лечения мы договоримся с пациентом о последнем медицинском осмотре с ясным выражением того, что с точки зрения его физического здоровья мы считаем излишним проведение этого обследования, но, что оно может помочь при психологической экспертизе. До и после обследования пациент проводит самонаблюдение, при котором он оценивает свои опасения о здоровье по шкале 0—100, убеждения об истинности мыслей, связанных с болезнью, а также необходимость получать заверения, что все в порядке. Если после физического обследования длительность снижения тревожности увеличится, то это в любом случае хорошо. Гораздо чаще бывает, что тревожность снижается лишь на короткий период времени, что мы и используем в качестве основы для обсуждения о необходимости в заверениях. Эта демонстрация неэффективности физических обследований способствует лучшему вовлечению пациентов в процесс психотерапевтического лечения и укрепляет сотрудничество между ним и терапевтом.

Постепенная экспозиция физического движения и физических упражнений

После образования об избегании физических упражнений и его последствиях мы можем предложить бихевиоральный эксперимент с физической нагрузкой. Важно увеличивать нагрузку постепенно. Лучше не менять деятельность, а, по возможности, добавлять. Акцент ставится на небольшие, достижимые цели. Пациент должен самостоятельно вознаградить себя за достижение любой цели.

Экспозиция опыту смерти в воображении

Метод «воображения болезни и смерти» основан на терапевтическом диалоге с использованием индуктивных и Сократовских вопросов, которые позволяют преодолеть когнитивное избегание (Praško и др., 2001; Praško и др., 2002). Смерть и умирание, как естественный процесс окончания жизни, современным обществом не рефлектируется. Люди, как правило, вытесняют эти темы. Как это ни парадоксально, это еще в большей степени относится к пациентам, страдающим ипохондрическим расстройством. Больному все чаще приходят в голову мысли о серьезной болезни или присутствуют опасения, что он может умереть, он реагирует на эти мысли посредством избегающего поведения, отвлечением внимания, или постоянным контролем. Больной боится развить представление о ходе болезни и смерти, поэтому он старается избегать его в своих мыслях. Речь идет о ког-

нитивном избегании. Тот факт, что больной не позволяет представить себе весь катастрофический сценарий, делает невозможным разработку стратегии освоения пугающей ситуации, и это привыкание к катастрофическим представлениям поддерживает опасения о здоровье. Лечение ипохондрического расстройства значительно сократится и станет интенсивнее, если у нас получится предотвратить когнитивное избегание. Основная идея методики воображения собственной болезни и смерти — экспозиция катастрофических представлений и предотвращение когнитивного и эмоционального избегания. Важно использовать этот подход тогда, когда созданы стабильные терапевтические отношения, и пациент работает с когнитивным реконструкцией и сотрудничает с терапевтом. Экспозиция выполняется при помощи следующих шагов:

1) образование о порочном круге страха болезни или смерти;
2) объяснение смысла экспозиции;
3) описание процесса экспозиции;
4) индуктивные вопросы о детальном отображении катастрофических представлений;
5) представление инструкций для написания собственного сценария.

После объяснения экспозиции и получения согласия пациента, с помощью индуктивных вопросов мы конфронтируем его самыми пугающими фантазиями (обычно речь идет о детских фантазиях). Больным рекомендуется думать о худших вариантах своего предполагаемого заболевания и своего будущего с заболеванием. Постепенно, они представляют себе самые худшие последствия для себя и своих близких. С пациентом проводится разговор о серьезном состоянии болезни с ее физическими, психологическими и социальными последствиями, через опыт смерти со всеми возможными эмоциями и деталями. Пациента необходимо спросить о его фантазиях, касающихся жизни после смерти. Во время работы с катастрофическими представлениями мы обсуждаем:

1) наихудшее течение болезни, чувства и поведение пациента, поведение медицинских работников и членов семьи;
2) худшие межличностные последствия;
3) смерть;
4) момент смерти;
5) жизнь после смерти.

Примеры индуктивных вопросов, которые помогают разработать «катастрофический сценарий»

1. Вы сказали, что боитесь заболеть раком. Можете ли вы мне об этом рассказать более подробно?
2. Что в этом самое худшее? Чего вы боитесь больше всего? Каковы худшие последствия, которые вы можете себе представить?
3. Что будут делать ваши близкие, окружающие люди, врачи?
4. Что вы думаете, как долго это продлится? Что произойдет потом?
5. Чего вы больше всего боитесь в процессе умирания? Чего в момент смерти? Как вы думаете, что будет после смерти? У вас существует несколько вариантов?
6. Если вы себе представите, что у вас осталось только шесть месяцев жизни, что вы сделаете за эти полгода?

7. Что вы должны будете принять и что вы сможете активно сделать?
8. Если все это произойдет, что вы сможете сделать?
9. Что могли бы сделать близкие вам люди?
10. Каковы варианты решения ситуации — какие хуже, а какие лучше?

Обычно после нескольких (3—8) экспозиций катастрофического сценария пациент привыкает к процессу лечения. Пример первого разговора:

Терапевт: *Петр, мы можем попробовать поговорить о ваших представлениях о том, что произойдет, если врач скажет вам, что вы действительно больны раком? Как бы вы это переживали?*

Пациент: *Хорошо... но я даже не могу себе это представить. Это было бы ужасно, это был бы конец... даже не хочу думать об этом.*

Терапевт: *Я понимаю... тем не менее, я все же хочу знать, какой была бы ваша первая реакция на такое сообщение?*

Пациент: *Я думаю, начал бы плакать... и побежал домой... я не знаю.*

Терапевт: *Что было бы самым худшим в этой ситуации?*

Пациент: *Наверно, я испытывал бы чувство вины, что сам вызвал это заболевание, потому что постоянно думал о нем.*

Терапевт: *Я понимаю. В случае, если принять тот факт, что человек может вызвать болезнь тем, что он о ней думает... что в этом самое худшее... как вы себе это представляете?*

Пациент: *Я видел по телевидению фильм о детях в гематологии. Эти дети на экране просто постоянно лежали... без контакта с другими людьми...*

Терапевт: *Да... представление о постоянном лежании и об отсутствии контакта с другими людьми, это самое худшее, о чем вы подумали?*

Пациент: *Нет, самым худшим было бы... ожидание операции — это было бы самым худшим.*

Терапевт: *Что может произойти во время этого ожидания?*

Пациент: *Я думаю... наверно, я получил бы обезболивающие лекарства... или успокоительные...*

Терапевт: *Да, вы, вероятно, получили бы успокоительные препараты. Что вас больше всего беспокоит в связи с операцией?*

Пациент: *Я боюсь, что умру...*

Терапевт: *Каким образом вы себе это представляете... чего в этой ситуации вы боитесь больше всего?*

Пациент: *Ну, в конце концов, все боятся смерти... я боюсь остаться там один, без людей... у меня не будет тела... только душа... я мог бы всех увидеть, отца, мать, брата... и не сказать им... что я там...*

Терапевт: *Почему это так плохо для вас?*

Пациент: *Ну, я один, без людей...*

Терапевт: *Какое это ощущение?*

Пациент: *Грусть, беспомощность... и страх.*

Терапевт: *Да, я понимаю... а страх чего или кого?*

Пациент: *Я не знаю... кого-то... кого-то злого...*

Терапевт: *Кого именно? Вы думаете, что там будет кто-то чужой?*

Пациент: *Может быть, ... но, наверное, нет... это скорее от одиночества, это самое ужасное представление.*

Терапевт: *Самое ужасное для вас это одиночество...*

Пациент: *Я надеюсь, что что-то происходит после смерти... может быть, я встречу там моего деда... и других членов семьи, тех, кто уже умер.*

Терапевт: *Как это происходило бы?*

Пациент: *Может быть, приятным... я с ним даже не успел попрощаться (долго плачет).*

Терапевт: *И что будет происходить дальше? Вы там встретили бы деда и других близких... а потом?* **Пациент**: *Ну, с течением лет умерли бы и другие члены семьи — те, которые сейчас еще живы... мы там все встретились бы... но я не знаю, я этого уже не понимаю... я не могу это никак контролировать.*

Терапевт: *Вы думаете, что должны это все контролировать?*

Пациент: *Нет, на самом деле, я не должен это делать... (расслабленно).*

Терапевт: *Из сказанного вами у меня создалось впечатление, что вы больше боитесь одиночества, чем смерти.*

Пациент: *Что-то в этом есть...*

Далее продолжается разговор о том, как пациент чувствует себя зависимым от отца и, в то же время, как он хочет стать независимым, а также, как он этим самым боится потерять своих родителей.

Как только сильные негативные эмоции, связанные с представлениями, рассмотрены, наступает значительное облегчение и освобождается место для положительных эмоциональных переживаний. На следующий сеанс пациент всегда должен принести письменный план того, что мы с ним обсуждали на сеансе. В начале каждого сеанса мы читаем принесенный текст, и пациент его воображает.

Письменное домашнее задание

Что происходит после смерти? Я думаю, что ничего. Я уже никогда не увижу своих детей, не смогу их обнять, уже никогда не буду частью этого мира. Люди будут дальше ходить по улицам, и меня там уже не будет. Я исчезну... Это меня очень сильно пугает, как и представление о том, что произойдет с моим телом... мое холодное тело будет лежать в холодильнике с табличкой с моим именем, привязанной к большому пальцу ноги. Дежурный врач бесцеремонно бросит мое тело на стол и начнется вскрытие. Сначала врач сделает разрез живота. Патологоанатом вынет мои внутренности и проверит их, затем положит обратно и зашьет мне живот. Это отвратительное представление. С моим телом будут обращаться, как с куском мяса. После этого моя голова: разрежут кожу, распилят череп, разрежут мой мозг на пластинки, а затем положат его обратно, вставят череп и зашьют кожу. Потом они возьмут другое тело. Что будет дальше? Мое тело будет гнить в гробу, черви будут питаться им, и оно будет ужасно вонять. Но, вероятно, я об этом ничего не узнаю. После смерти уже, наверно, ничего не будет, даже моих чувств.

После того, как мы обсудили самые худшие представления, и пациент испытал неприятные ощущения, связанные с этой темой, мы ставим вопрос о возможных путях преодоления ситуации. Что сможет в различных аспектах ситуации сделать

сам пациент, близкие ему люди и врачи. Что придется принять, и что можно будет активно решать. Постепенная габитуация и поиск стратегий, которые появляются после нескольких экспозиций, приводят к значительному снижению симптомов тревоги, защитного и избегающего поведения.

Практика релаксации (прогрессивная релаксация Оста, аутогенная тренировка Шульца)

См. раздел в общей части публикации.

Решение жизненных проблем

В процессе лечения мы переходим от симптомов к межличностному контексту и жизненным проблемам. В этом процессе нам вначале помогает анамнез, расшифровка биографических, в особенности, социально обременительных отношений, соотношение между жизненными событиями и появлением симптомов. Вначале важно не интерпретировать, а мягко предупреждать о временном соотношении.

Профилактика рецидивов

Ипохондрическое расстройство часто деморализует больного, заглушает в нем чувство перспективы и надежды. При профилактике рецидивов важный шаг — разработка положительной жизненной позиции, которая позволит пациенту увидеть смысл своей жизни. Постепенно, мы с пациентом возвращаемся к приятным мероприятиям и увлечениям, рассматриваем вопрос о достойной работе и реализации больного в партнерской и семейной жизни. Мы помогаем пациенту находить новые знакомства и постепенно создавать круг общения. Мы обсуждаем гармоничный образ жизни, который повышает адаптацию к возможному стрессу.

Следующий шаг — устранение стрессовых ситуаций в будущем, на которые пациент может реагировать посредством развития других опасений о своем здоровье. Важно обсудить стратегии, которым пациент научился в процессе терапии, чтобы он мог использовать их в случае возникновения стресса. Пациент должен быть готов к тому, что у него могут быть неудачи, что его состояние может ухудшиться, однако, он может использовать это испытание для того, чтобы сделать определенные выводы. Если пациент не готов к тяжелому жизненному этапу, он может впасть в уныние. Поэтому, на последних сеансах необходимо подготовить пациента к тому, чтобы он был в состоянии самостоятельно справиться с возможными неудачами без соответствующей поддержки терапевта. Он должен подумать о том, при каких обстоятельствах его проблемы могут снова появиться с большей вероятностью, и подготовить план, как он будет решать эти возможные задачи. Этот кризисный план должен быть подготовлен в письменном виде.

8.5.4.5. Проблемы при лечении ипохондрического расстройства

Лечение ипохондрического расстройства — один из самых сложных процессов в психиатрии. Основная проблема заключается в том, что пациенты из-за наличия ипохондрического расстройства недостаточно мотивированы на прохождение психотерапевтического лечения и очень часто отвергают его. Появление мотивации и усиление ее — фактически первая стадия лечения. Тем не менее, как пациент справится с этой задачей, полностью зависит от навыков терапевта. Необходимо признать, что это не так просто, и во многих случаях это не обязательно

должно получиться. У многих терапевтов в таких ситуациях возникают проблемы с тем, чтобы справиться с разочарованием, что часто в комбинации с неопределенностью приводит пациента к нарушению терапевтических отношений (Rief и Hiller, 1998). Иногда следует акцептировать решение пациента не проходить лечение в данный момент и показать ему, что вариант терапии остается открытым и на будущее. Особенно сложно лечить пациента, страдающего ипохондрией, у которого в ближайшее время истекает срок поддержки. Ожидание пенсии по инвалидности — слишком значимое положительное следствие, так что даже самый добросовестный пациент в психотерапии сотрудничает лишь минимально. Считается лишним и неэтичным обвинять пациента во вторичной выгоде. Для этой ситуации не существует эффективной стратегии решения. Мы пытаемся рассмотреть с пациентом положительные последствия активного образа жизни, но в большинстве случаев, такой способ может быть неудачным.

Одна из самых распространенных проблем — нетерпеливость терапевтов при лечении этих пациентов. Особенно, когда терапевт преждевременно преподносит свою психологическую интерпретирующую модель, которая противоречит представлениям пациента. Более успешный метод — совместный сбор доказательства за и против концепции заболевания пациента во время терапии.

Бывает трудно договориться с пациентом о том, чтобы он бросил заниматься «медицинским туризмом» и перестал ходить на обследования к разным специалистам. Иногда, целесообразно постепенно увеличивать частоту данного защитного поведения, неоднократно проверять его последствия для пациента и убеждать его пройти более длительный эксперимент без дополнительных обследований.

Как и при других хронических расстройствах, частая проблема — попытка терапевтической интервенции без заранее созданной мотивации пациента, например, попытки изолировать пациента от родителей или заставлять его работать при наличии пенсии по инвалидности. Недовольства со стороны пациента и терапевта можно избежать, если мы с самого начала устанавливаем краткосрочные цели и акцентируем свое внимание в основном на смягчении симптомов, а не на полном устранении проблем.

Заключение

Ипохондрическое расстройство — результат нереалистичной и необоснованной интерпретации соматических симптомов и ощущений, как признаков серьезного заболевания. Этот процесс относится к главной когнитивной установке, охватывающей 4 основные области: убеждение о повышенной вероятности наличия серьезной болезни, убеждение о катастрофических последствиях серьезного заболевания для своей собственной жизни, отсутствие уверенности в своей способности справиться с болезнью и недоверие, так называемым, «факторам спасения». Важный автоматически действующий поддерживающий фактор — акцентирование внимания. Бихевиоральные поддерживающие факторы связаны с защитой, избегающим поведением и заверением. Самый важный межличностный поддерживающий фактор — принятие роли больного со всеми соответствующими последствиями. Терапия ипохондрического расстройства может быть трудной, особенно в начале. Пациенты отказываются от психиатрического лечения и настаивают на наличии какого-либо физического расстройства. КБТ стремится

определить автоматические дисфункциональные позиции по отношению к здоровью и ищет альтернативное объяснение для симптомов. Работает с аномальным поведением (защита, контроль, измерение, заверение) и пытается постепенно устранить его с помощью запрета выполнения нейтрализующего действия. В процессе лечения посредством КБТ происходит постепенное образование о происхождении физических проблем. Найти альтернативное объяснение симптомов помогает когнитивная реконструкция и экспозиция в воображении, так называемый, катастрофический сценарий собственной болезни и смерти в самых ужасных представлениях. Экспозиция в естественных условиях предполагает воздействие на пугающие ситуации, например, кладбища, больницы и т.д. Другим методом может быть экспозиция пугающих физических симптомов (гипервентиляция, физические упражнения). Частью КБТ являются физические упражнения и обучение релаксации. Лечение больных, страдающих ипохондрическим расстройством, может стать для психотерапевтов трудной задачей. До недавнего времени эти пациенты считались практически неизлечимыми и, как правило, были «страхом» терапевтов. Новые, детально разработанные когнитивно-бихевиоральные модели привели к выявлению более эффективных стратегий лечения, которые подтверждены в эмпирических исследованиях.

Литература

Barsky A.J., Klerman G.L. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. Am. J. Psychiatry, 1983, č. 140.

Barsky A.J., Geringer E., Wolf C.A. A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. Gen. Hosp. Psychiatry 1988, č. 10.

Barsky A.J., Coeytaux R.R., Sarnie M.K., Cleary P D. Hypochondriacal patients' beliefs about good health. Am. J. Psychiatry, 1993, č. 150.

Bouman T.K., Vissler S. Cognitive and behavioural treatment of hypochondriasis. Psychother. Psychosom., 1998, č. 67.

Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackman, A. et al. Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomized controlled trial. Br. J. Psychiatry, 1998, č. 173.

Fallon B.A., Klein B.W., Liebowitz M.R. Hypochondriasis: Treatment strategies. Psychiatr. Ann., 1993, 23.

Fava G.A.M., Grandi S., Rafanelli C.A. et al. Explanatory therapy in hypochondriasis. J. Clin. Psychiatry, 2000, č. 61

Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. London: Routlede & Kegan, 1946.

Fishbain D.A., Barsky S., Goldberg M. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis: belief of contracting rabies. Int. J. Psychiatry Med., 1992, č. 22.

Ford C.V. Somatizing Disorders: Illness as a Way of life. NY: Elsevier, 1983.

Gabbard G. Psychodynamic psychiatry in clinical practice: the DSM-IV ed. Washington: American Psychiatric Press, 1994.

Hafner H. Hypochondrische Entwicklungen. Nervenarzt, 1959, č. 30.

Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: An overview. Psychiatr. Ann., 1993, č. 23.

Hollander E., Neville D., Frenkel M. et al. Body dysmorphic disorder: diagnostic issues and related disorders. Psychosomatic, 1992, č. 33.

Kamlana S. H., Gray P. Fear of AIDS (letter). Br. J. Psychiatry, 1988, č. 15.

Kellner R. The prognosis of treated hypochondriasis: a clinical study. Acta Psychiatr. Scand., 1983, č. 67.

Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies. Arch. Gen. Psychiatry, 1985, č. 42.

Kellner R., Fava G.A., Lisansky J. et al. Hypochondriacal fears and beliefs in DSM-III melancholia. Changes with amitriptylin. J. Affect. Disord., 1986, č. 10.

Kellner R. Hypochondriasis and somatization. JAMA, 1987, č. 258.
Kenyon F.E. Hypochondriasis: a survey of some historical, clinical, and social aspects. Br. J. Psychiatry, 1965, č. 138.
Logsdail S., Lovell K., Warwick H. et al. Behavioural treatment of AIDS-focused illness fobia. Br. J. Psychiatry, 1991, č. 159.
Martin R. L., Yutzy S. H. Somatoform disorders.//Tasman A., Kay J., Lieberman J. A. (eds.) Psychiatry. Philadelphia: Saunders, 1997.
Mezinarodni klasifikace nemoci. 10. revize. Duševni poruchy a poruchy chovani: Diagnosticka kriteria pro vyzkum. Praha: Psychiatricke centrum, 1996, Zpravy č. 134.
Miller D., Acton T. M. G., Hedge B. The worried well: their identification and management. J. R. Coll. Physicians, 1988, č. 22.
Praško J., Paškova B., Horacek J. Hypochondricka porucha a jeji lečba. Psychiatrie pro praxi, 2001, č. 2.
Praško J., Paškova B., Horacek J., Fremund F. Somatoformni poruchy. Praha: Galen, 2002.
Rief W., Hiller W. Somatizačna porucha a hypochondria. Překlad z original Soma tisierungsstorung und Hypochondrie. Gottingen: Hogrefe Verlag, 1998. Přeložil MUDr. Dušan Mojžiš. Trenčin: Vydavateľstvo F, 2002.
Salkovskis P. M. Somatic problems.//Hawton, K. et al. (eds.) Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
Salkovskis P. M. Cognitive-behavioural understanding and treatment of severe and persistent health anxiety ("hypochondriasis"). Psychiatrie, 2003, č. 7.
Salkovskis P. M., Warwick H. M. C. Morbid preoccupation, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis. Behav. Res. Ther., 1986, č. 24.
Starcevic V. Reassurance and treatment of hypochondriasis. Gen. Hosp. Psychiatry, 1991, č. 13.
Stern R., Fernandez M. Group cognitive and behavioral treatment for hypochondriasis. BMJ, 1991, č. 303.
Stoudemire G. A. Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering.//Talbott J. A., Hales R. E., Yudofsky S. C. (eds.) Textbook of Psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, 1988.
Yutzy S. H. Somatoform disorders.// Hales R. E., Yudovsky S. C. (eds.) Textbook of clinical psychiatry. Fourth edition. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003.
Visser S., Boumam T. K. Cognitive-behavioral approaches in the treatment of hypochondriasis: six single case cross-over studies. Behavior. Res. Ther., 1992, č. 30.
Warwick H. M. C. A cognitive-behavioral approach to hypochondriasis and health anxiety. J. Psychosom. Res., 1989, č. 33.
Warwick H. M., Marks I. M. Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. Br. J. Psychiatry, 1988, č. 152.
Warwick H. M., Clark D. M., Cobb A. M. et al. A controlled trial of cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. Br. J. Psychiatry, 1996, č. 169.

8.6. КБТ инсомнии (нарушений сна)

Катерина Эспа-Червена, Луция Завешицка, Ян Прашко

8.6.1. Описание расстройства

Если мы зададим себе вопрос, что такое на самом деле расстройство сна, то большинство дилетантов (а также часть профессиональной общественности), не задумываясь, ответит, что это бессонница или инсомния. Эксперты, занимающиеся медициной сна, рассматривают широкий спектр нарушений сна, среди которых фигурирует и инсомния. Плюрализм используется здесь намеренно — инсомния не одна из консистентных патологий, а скорее, речь идет о целой группе

расстройств с различной характеристикой, продолжительностью и этиологией. Не существует даже точного, общепринятого определения инсомнии. Наиболее часто используемая характеристика инсомнии заключается в том, что это сон, который субъективно воспринимается больными, как тяжело достижимый, прерывистый, короткий и недостаточный.

Таким образом, следующая глава посвящена только одному из расстройств сна, на который можно повлиять с помощью методов КБТ, — инсомнии.

8.6.1.1. Клинические проявления инсомнии

30 мин после полуночи. Луция лежит в постели уже с полдесятого и не может заснуть. В голове у нее возникает бесконечная цепь мыслей: сегодня она не успела закончить отчет на работе, ее снова будут ругать... Маленькая Аня кашляет, лишь бы она снова не заболела... Но самое худшее то, что она опять не может заснуть. Завтра она будет «разбитая», будет выглядеть ужасно, что на это скажут люди? Ей необходимо попытаться заснуть, так что сейчас она уже ни о чем не будет думать. Опять заснуть не получается. Она пытается считать овец, но у нее возникает чувство, что она становится все более и более бдительной. Это уже невозможно — она начинает очень сердиться, она боится, что, в конце концов, сойдет с ума, она отчаянно смотрит на часы и считает, сколько времени у нее осталось до утра. Она засыпает от усталости около двух часов утра.

Джордж не имеет никаких проблем с засыпанием. Вечером он всегда уставший, засыпает уже в десять, как только его голова касается подушки. Но около полуночи он регулярно просыпается. Ему кажется это странным, но каждый день происходит то же самое. У него ничего не болит, в туалет он не хочет, его пробуждение не имеет никакой логики, он просто просыпается и не может снова заснуть. Он злится на себя — он действительно не в состоянии спать как все нормальные люди? Он неоднократно смотрит на часы, ворочается с боку на бок, ждет... Наконец, после часа ему удается заснуть, но вся ситуация повторяется в течение ночи еще несколько раз. Утром он встает злой и усталый.

Алена (в отличие от своих двух предшественников) засыпает без проблем и в течение ночи, как правило, не просыпается. Она регулярно просыпается около 4-х утра (после 5-6 часов сна) и, несмотря на большие усилия, больше не в состоянии заснуть до звонка будильника. Она жалуется на инсомнию.

Эти истории описывают основные клинические виды инсомнии:

1) начальная инсомния (трудности с засыпанием);
2) расстройство непрерывности сна;
3) терминальная инсомния (частое утреннее пробуждение).

На практике, очень важно разделение инсомнии с точки зрения ее продолжительности. Здесь мы различаем 3 группы, которые значительно отличаются, в частности, терапевтическим подходом:

1) транзиторная (переходная инсомния) — несколько ночей;
2) краткосрочная инсомния — 1—4 недели;
3) хроническая инсомния — больше месяца.

8.6.1.2. Диагностика инсомнии

Как уже упоминалось во введении, нарушения сна значительно отличаются с точки зрения специалистов, которые профессионально не занимаются вопросами сна, и самими сомнологами. Нарушения сна классифицируется несколько поразному в сосуществующих двух диагностических руководствах.

Инсомния (и гиперсомния) классифицируется в МКБ-10 как неорганические расстройства сна (F 51), где их описание очень кратко и, по многим параметрам, недостаточно. Остальные расстройства сна МКБ относит к неврологическим расстройствам (G 47).

Другое диагностическое руководство — Международная классификация расстройств сна (ICSD, 1990), описывает весь спектр нарушений сна. Для постановки правильного диагноза и принятия решения об использовании КБТ в качестве соответствующего терапевтического метода, необходимо привести краткий обзор данного диагностического руководства.

ICSD (Международная классификация расстройств сна, — *прим. редактора*) разделяет нарушения сна на две основные группы — **первичные** и **вторичные**.

Первичные нарушения сна включают:

а) **Диссомнию** — расстройства, характеризующиеся как инсомнией, так и увеличенной дневной сонливостью.

1. Диссомния от внутренних причин:
   - психофизиологическая диссомния — комплексная КБТ, самостоятельный терапевтический метод;
   - псевдоинсомния (неправильное восприятие сна) — КБТ может (теоретически) улучшить субъективное восприятие сна и уменьшить беспокойство, что у данных пациентов очень часто не удается;
   - идиопатическая инсомния (редкая инсомния, возникающая в детском возрасте) — этиологической терапией с помощью снотворных средств;
   - нарколепсия (особенно у пожилых пациентов) — обструктивный и центральный синдром апноэ сна, периодические движения конечностей, синдром беспокойных ног. При наличии этих расстройств инсомния очень часто возникает в качестве вторичного симптома, в этом случае КБТ не применяется, необходимо провести этиологическое лечение;
   - реккурентная, идиопатическая и посттравматическая гиперсомния — отсутствуют жалобы на бессонницу, больной, наоборот, спит чрезмерно много.
2. Диссомния от внешних причин:
   - недостаточная гигиена сна — КБТ с использованием образования и правил гигиены сна как самостоятельный терапевтический метод;
   - расстройство сна из-за зависимости от приема снотворных препаратов — КБТ, пожалуй, единственная комплексная терапия при возникшей данным образом инсомнии;
   - расстройство сна по причине зависимости от приема стимуляторов и алкоголя, транзиторная инсомния — как правило, назначается фармакотерапия;
   - высотная бессонница, расстройство сна из-за отсутствия режима (у детей), расстройство сна по причине выученных ассоциаций во время засыпания

(у детей), пищевая аллергия (в особенности на коровье молоко у детей), синдром недостаточности сна, синдром ночного поглощения пищи и питья, расстройство сна по причине влияния токсичных веществ — КБТ не применяется.

3. Расстройство циркадной ритмичности:

- «jet lag» синдром смены часового пояса (возникает при значительной разнице во времени), расстройство сна при посменной работе, нерегулярный цикл сна и бодрствования, синдром отсроченного наступления фазы сна (ОНФС), ритм, отличающийся от циркадного ритма (другой, чем 24 часа) — несмотря на то, что инсомния очень часто бывает основной жалобой, КБТ в этом случае не применяется, в большинстве случаев используется хронотерапия.

б) **Парасомния** — инсомния не является ее частью, ее таксономия здесь рассматриваться не будет, заинтересованным лицам рекомендуется наглядный обзор «Расстройство сна и бодрствования» (Nevšímalová, Šonka, 1997.)

Вторичные расстройства сна

связаны с другим соматическим или психическим расстройством. Следует иметь в виду, что инсомния очень часто встречается у больных, страдающих психотическим расстройством, аффективным расстройством, тревожным расстройством, паническими атаками, а также и неврологическими, ревматологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, и при заболевании желудочно-пищеводного рефлюкса. Для полноты материала необходимо упомянуть об инсомнии, вызванной побочными эффектами медикаментозного лечения, которое пациент проходит при других основных заболеваниях.

Очевидно, что в группе вторичной инсомнии имеет место соответствующее лечение основной проблемы и КБТ инсомнии в этом случае не применяется.

8.6.1.3. Эпидемиология инсомнии

Брикслер (1979) указывает, что 32 % взрослых в окрестностях Лос-Анджелеса страдало инсомнией на момент опроса, другие 11 % опрошенных имели в анамнезе проблемы со сном.

Очень похожие результаты показывает исследование Меллинджера (Mellinger, 1984). В репрезентативной выборке населения Соединенных Штатов (3161 респондент в возрасте 18—79 лет) жаловались на инсомнию — 35 % опрошенных, 17 % из них признали, что инсомния для них серьезная проблема.

Кроме того, более широкие эпидемиологические исследования (Gallup Organization, 1991; Ohayon и др., 1997) пришли к аналогичному выводу: примерно 1/3 населения нашей «западной цивилизации» страдают, или в прошлом страдали, от расстройства сна.

Важно понимать, что речь идет о таком распространенном заболевании, последствия которого в результате приводят к значительным экономическим потерям: снижению трудоспособности, прогулам, значительно увеличивается риск развития депрессивного заболевания, хронического злоупотребления снотворных препаратов (или и к синдрому зависимости), существенно снижает качество жизни пациента.

8.6.1.4. Этиопатогенетические факторы инсомнии

Как следует из главы 8.8.2.2, инсомнии имеют целый ряд причин. Далее, в этой главе мы сосредоточимся исключительно на тех видах инсомнии, при которых КБТ может быть использована в качестве терапевтического метода.

Наиболее важная из них — п**сихофизиологическая инсомния.** Она составляет примерно 10—20 % всех инсомний. Как следует из самого названия, в этиопатогенезе этого заболевания играют роль как биологические, так и психологические факторы.

В настоящее время существует очень мало информации о предрасполагающих факторах психофизиологической инсомнии. С большой вероятностью она включает чрезмерную активацию механизмов, ответственных за поддержание бдительности, так называемое «hyperarousal» чрезмерное возбуждение (Bonnet, 1995; 1996), также рассматривается дефектная гомеостатическая регуляция сна (Besset, A. и др.). Влияние генетических факторов на это расстройство до сих пор неясно.

У предрасположенного индивида в период повышенной психической нагрузки (стресс, утрата близкого человека, большие изменения в жизни), или физической нагрузки (операция, соматическое заболевание, сопровождающееся болевым синдромом) развивается переходная инсомния. Затем пациент начинает беспокоиться о своей инсомнии, появляется ожидание тревоги, специфическим образом связанное с засыпанием, и дневные последствия плохого сна. Далее беспокойство повышает психологическое возбуждение, задерживает засыпание. Расстройство, как правило, имеет тенденцию усугубляться и хронифицироваться. Среди поддерживающих факторов также плохая гигиена сна, которая с течением времени постепенно возникает у подавляющего большинства пациентов, и, не в последнюю очередь, также получение вторичной выгоды от расстройства (инсомния становится оправданием для незначительных неудач, разрешает пациенту отдыхать днем и быть пассивным).

Этиология других расстройств, при терапии которых может применяться КБТ, вытекает из их названий — инсомния по причине недостаточной гигиены сна и инсомния по причине зависимости от приема снотворных препаратов.

8.6.1.5. Дифференциальная диагностика и коморбидность инсомнии

Если мы решим использовать КБТ в качестве терапевтического метода, мы должны быть уверены в том, что речь идет о чистой психофизиологической инсомнии, инсомнии по причине ненадлежащей гигиены сна, или инсомнии, возникшей по причине зависимости от приема снотворных препаратов, без последующей коморбидности.

Дифференциальным диагностическим способом необходимо отличать от них вторичную инсомнию при психических заболеваниях (30—40 % всех инсомний!) (Coleman R.M. и др., 1982), при соматических заболеваниях (в особенности, неврологические расстройства и соматические заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом) и инсомнию, как побочный эффект приема препаратов. Эта часть дифференциальной диагностики не сложная — в основном, достаточно качественно собранного анамнеза и общего клинического обследования.

Бывает немного трудно отличить случаи нарушения циркадного ритма — особенно, синдром отсроченного наступления фазы сна (ОНФС). Коротко можно

упомянуть о том, что людей, страдающих от синдрома задержки фазы сна, в народе называют «совами» — поздно ложатся спать и поздно встают утром. Проблемы со сном происходят лишь в результате отличия их собственных ритмов от обычаев общества, страдают от недостатка сна из-за необходимости просыпаться рано и идти на работу или в школу. От людей, которые действительно страдают бессонницей, их можно отличить с помощью вопроса об их сне в течение выходных (поздний подъем с постели, сон не нарушен). Синдром поздней фазы, по своей сути, — противоположная проблема. Данный синдром возникает крайне редко, при его легкой форме (люди типа «жаворонки»), как правило, жалоб на инсомнию нет.

Довольно трудно отличить вторичную инсомнию при синдроме апноэ сна, синдроме беспокойных ног и периодических движениях нижних конечностей. Подозрение на синдром апноэ сна должно присутствовать, если речь идет о пациенте с избыточной массой тела, мужчине средних лет (или женщине после менопаузы), специфического морфотипа (короткая толстая шея), который храпит по ночам, ночью имеет позывы к мочеиспусканию, у которого присутствует сухость горла и головная боль после пробуждения, жалуется на значительную дневную сонливость. Больные, страдающие от синдрома беспокойных ног, имеют типичную первичную инсомнию и на прямые вопросы сообщают, что перед засыпанием имеют тенденцию тереть ноги об одеяло, двигать ими по-разному, поочередно сгибать и растягивать пальцы ног и всю ступню, испытывают чувства онемения, покалывания, холода, или, наоборот, жара в ногах, которые смягчаются вышеупомянутым движением. Пациенты, страдающие периодическими движениями конечностей, о своем расстройстве не имеют понятия, иногда жалуются на боли в ногах, часто, и на дневную сонливость. Ценную информацию может предоставить партнер больного — пациент, страдающий данным расстройством, ночью пинается ногами, имеет беспокойный сон с частыми движениями. Анамнез и в этом случае ключевой, однако, окончательный дифференциальный диагноз может быть поставлен только после полисомнографического обследования. В случае минимального подозрения на наличие одного из этих расстройств, мы не должны сомневаться в проведении данного обследования.

Общепринято, что предпосылка успешного лечения — постановка правильного диагноза, и это действует, на первый взгляд при простых расстройствах, таких как инсомния. КБТ, безусловно, очень эффективный метод, но ее достижения в улучшении сатурации кислорода у больных, страдающих синдромом апноэ сна, не могут считаться полностью доказанными.

8.6.1.6. Развитие инсомнии

Инсомния очень часто начинается как реакция на внешнюю нагрузку. Таким образом, возникает транзиентная инсомния, которая у предрасположенных индивидов имеет тенденцию хронифицироваться, переходя в психофизиологическую инсомнию. К психофизиологической инсомнии регулярно присоединяется и расстройство гигиены сна, которое поддерживает инсомнию. Часто это приводит к злоупотреблению снотворными препаратами во многих случаях, и к развитию синдрома зависимости от данных препаратов. Инсомния может длиться всю жизнь, чаще всего при колеблющейся интенсивности. Она ухудшается при любом

внешнем стрессе, смене окружающей обстановки и т.д., спонтанное восстановление нормального сна — исключительный случай. Даже в случае успешного лечения пациентов, пожизненная склонность к нарушениям сна в стрессовых ситуациях сохраняется.

Серьезным риском хронической инсомнии может стать развитие вторичной депрессии, которая значительно выше у людей, страдающих инсомнией, чем у остального населения.

8.6.2. Точка зрения КБТ на инсомнию

8.6.2.1. Бихевиоральные факторы инсомнии

Бихевиоральные факторы играют важную роль в самом начале заболевания инсомнией, они могут стать ее возбудителем: например, период транзиторной инсомнии следует после периода нерегулярного режима сон — бодрствование (частое бодрствование: вечеринки, работа или учеба в ночное время). В большинстве случаев развитие неадекватного поведения — надежный поддерживающий фактор психофизиологической инсомнии.

Наиболее распространенные вредные привычки относительно гигиены сна включают неправильный или нарушенный режим сна и бодрствования. Пациент часто очень рано ложится в постель, например, около 21 часа, «чтобы у него было достаточно времени для отдыха; чтобы он успел заснуть» и т.д. Легко понять, что если пациент ложится спать в 21 час и просыпается в 7.00, он проведет 10 часов в постели. Лишь у младенцев и маленьких детей существует потребность спать больше 8 часов, так что и это время для обычного спящего человека чрезмерно. Из этого следует, что если наш пациент спит в среднем лишь 6 часов за ночь, то 4 часа из вышеуказанных 10 часов он проводит, переворачиваясь в постели, с размышлениями и попытками заснуть, что приводит к активации физиологических механизмов стресса, которые гарантированно увеличивают возбуждение и предотвращают засыпание.

В указанной пациентом процедуре скрывается еще один очень опасный механизм, долговременно поддерживающий инсомнию — классическое оперантное обусловливание. Пациент каждую ночь повторяет схему, в соответствии с которой постель, спальня, иногда вся вечерняя деятельность — это те вещи, которые неизбежно приводят к инсомнии, поэтому возникает патологическая связь: постель, спальня — инсомния.

Категория классического обусловливания включает все виды деятельности (кроме сна или секса), выполняемой в постели (просмотр телевизора, чтение, звонки по телефону, работа на компьютере, прием пищи, питье и т.д.). Таким образом, фиксируется неподходящая связь постель — никакого сна, которая ослабляет рефлексы засыпания.

Еще один фактор, поддерживающий инсомнию — лежание в течение дня, которое значительно дестабилизирует, так называемый, гомеостатический компонент регуляции сна (см. ниже).

8.6.3.2. Когнитивные факторы инсомнии

Из самого названия психофизиологической инсомнии вытекает, что психологические и когнитивные механизмы играют в ее создании и поддержании суще-

ственную роль. Уже в упомянутой в начале короткой характеристике инсомнии (см. статью о «Клинических проявлениях») указаны некоторые АНМ, как правило, типично происходящие при этом расстройстве. Достаточно распространенным можно назвать опасение, что инсомния может быть вторичным симптомом другого, более серьезного заболевания, или, что с течением времени она перейдет в какое-либо серьезное заболевание. Данные опасения чаще всего касаются области собственного здоровья, производительности и внешнего вида (удивительно, но не только у женщин), типичен страх потерять контроль над ситуацией. Часто возникают АНМ: «Что со мной будет, если это будет продолжаться таким образом? Как я в таком состоянии смогу завтра функционировать на работе, в семье? Что люди подумают обо мне, я буду выглядеть, как будто всю ночь пил и гулял... Я уже не в состоянии даже нормально спать» и т.д.

Часто встречается страх смерти, в особенности, страх умереть во сне, особенно у пациентов в возрасте, который они, однако, очень часто отрицают.

Эти пугающие мысли вызывают стрессовую реакцию организма, которая задерживает начало сна и сама по себе вызывает инсомнию.

8.6.2.3. Межличностные факторы инсомнии

Межличностные факторы играют чрезвычайно важную роль, особенно в поддерживающих механизмах инсомнии. Пациент имеет естественную тенденцию винить во всех жизненных бедах и неудачах бессонницу (не чувствует себя хорошо, не имеет высокой производительности, просто недоволен). Окружение к такому объяснению относится терпимо, часто пациенту уделяет больше внимания, чем когда у него нет никаких проблем. Таким образом, постепенно создается система вторичной выгоды от болезни, которую пациент не осознает. Больной ограничивает свою рабочую и интересную деятельность, центром его жизни и главной темой разговора становится его бессонница.

8.6.2.4. Модель КБТ инсомнии

Порочный круг инсомнии очень ясно объясняет модифицированная схема Морина (Morin, C.M., 1993)

8.6.2.5. Исследования эффективности КБТ инсомнии

Вероятно, самый крупный опубликованный мета-анализ (Morin C.M., 1994) нефармакологических вмешательств при инсомнии сравнивает 59 исследований (более 2000 пациентов) с 1974 по 1993 гг. По сравнению с контрольными группами, ожидающих лечение, у 74 % пациентов снизилась латентность сна, у 84 % пациентов произошло значительное сокращение времени без сна в течение ночи, улучшение сохранялось на протяжении 5 месяцев после завершения терапии. На основании результатов можно сделать вывод, что ограничение сна, контроль стимулов (бихевиоральный компонент КБТ) и релаксация, — более эффективные, чем самостоятельное использование образования о сне и парадоксальная интенция, и профессионально проводимое лечение значительно эффективнее, чем применение терапевтических рекомендаций самими пациентами (например, с использование пособий).

Комплексное, двойное слепое контролируемое исследование Эдингера (Edinger, J.D., 2001) сравнивало эффективность комплексной КБТ (продолжительностью 6 недель), комбинацию контроля стимулов и релаксацию с плацебо. Было установлено, что у пациентов, получавших лечение посредством комплексной КБТ, произошло на 54 % снижение времени, проводимого без сна (WASO — wake after sleep

onset), по сравнению с сокращением на 16 % с использованием контроля стимулов и релаксации, и 12 % сокращения при лечении посредством плацебо.

Наш опыт с комплексной 8-недельной КБТ при инсомнии подтверждает эти результаты. С участием небольшой группы пациентов было полисомнографически подтверждено продление времени сна после терапии в среднем более чем на 100 мин, значительное сокращение латентности сна и заметное повышение эффективности сна (на данный момент неопубликованные данные).

8.6.3. КБТ подход при инсомнии

8.6.3.1. КБТ обследование при инсомнии

Обследование КБТ при расстройствах сна не очень отличается от обычного обследования КБТ, но также имеет свои специфические моменты, вытекающие из необходимости провести надлежащую дифференциальную диагностику. В данном случае требуются базовые знания о симптомах вторичных расстройств сна. На практике бывает достаточно надлежащего анамнеза, который целесообразно дополнять использованием специфичных анкет, например, Шкала тяжести инсомнии Морина (Morin, C.M., 1993), Анкета дисфункциональных мыслей, связанных со сном (Morin, C.M., 1993) и т.д., см. приложение.

Для ясности, мы разделим обследование КБТ на несколько групп:

1. **Определение типа и тяжести расстройства сна.** Мы спрашиваем пациента:

— Имеет ли он трудности с засыпанием: сколько времени длится процесс засыпания? Полчаса, час, или больше?

— Просыпается ли он повторно ночью: как часто? Сколько времени проходит, пока он снова засыпает?

— Просыпается ли утром преждевременно: в какое время?

— Имеет ли он проблемы с сохранением бдительности в течение дня: засыпает при монотонной деятельности, во время вождения машины?

Мы также запишем обычное время, когда пациент ложится в постель и когда встает (как в будние дни, так и по выходным), и отдыхает ли он (или спит) в течение дня. К каждому вопросу мы также присоединяем вопрос о частоте появления данных симптомов, например, дважды в неделю, раз в месяц и т.д.

2. **Возникновение проблемы.** Попросим пациента подробно описать тот период, когда возникло расстройство: Сколько ему тогда было лет? Происходили ли в этот период в его жизни какие-либо изменения? Он переехал на новое место жительства, сменил работу или женился? Был ли он в то время госпитализирован, оперирован, проходил ли какое-либо лечение?
3. **Злоупотребление снотворными препаратами, алкоголем**. Принимает ли пациент какие-либо препараты для сна? Как давно? Сколько раз в течение последней недели, месяца? О каком препарате идет речь и о какой дозе? (Необходимо задать и специфический вопрос о фитопрепаратах — многие пациенты их не считают за лекарства.) Привык ли пациент перед сном употреблять алкоголь? Если да — какой именно (вино, настойку), сколько и как часто?
4. **Внешние условия для сна.** Имеет ли пациент многокомнатную квартиру с отдельной спальней, или спит в общей гостиной, живет в однокомнатной квартире и т.д.? Спит ли пациент один, или разделяет постель с партнером? Отвлекает

ли его партнер (например, храпом)? Отвлекает ли его окружающий шум — движение на улице, соседи и т.д.? В его комнате слишком тепло или слишком холодно? Не отвлекает ли его уличное освещение? Находится ли в комнате, где он спит, телефон, который его иногда будит? Находится ли в его комнате телевизор? Имеет ли он качественную постель, матрас, комфортные условия для сна в целом? Имеет ли он домашнее животное, которое спит с ним в спальне?

5. **Деятельность, проводимая в спальне (постель).** Смотрит ли пациент телевизор, находясь в постели, слушает музыку, читает, ест, пьет, работает, разговаривает по телефону?
6. **Деятельность, непосредственно предшествующая сну.** Работает ли он вечером перед сном, смотрит телевизор, играет в компьютерные игры, делает упражнения? Разговаривает ли он перед сном со своим партнером о проблемах? Ссорится ли он с ним иногда по вечерам? Как долго он готовится ко сну — принимает душ, надевает пижаму, чистит зубы? Выполняет ли он определенные ритуальные действия, которые помогают ему заснуть? Что он делает, когда не может заснуть — остается в постели и т.д.?
7. **Пищевые привычки, физическая активность.** Сколько чашек кофе или чая пациент выпивает в день? Он пьет кофе, чай, кока-колу, какао, или ест шоколад во второй половине дня и вечером перед сном? Когда и что он обычно ест на ужин? Курит ли он — сколько сигарет за день? Курит ли он в вечернее и ночное время? Если он привык регулярно заниматься спортом, занимается ли он иногда поздно вечером?
8. **Модифицирующие факторы.** Знает ли пациент о чем-либо, что может значительно улучшить его сон? Спит ли он, например, лучше в выходные, в отпуске, у знакомых, или его сон в таких ситуациях наоборот хуже? Каков его сон в воскресенье — перед выходом на работу? Засыпает ли он тяжелее, если он взволнован, имеет проблемы и конфликты?
9. **Психические заболевания, кроме инсомнии.** Мы спрашиваем об амбулаторном лечении, или госпитализации в прошлом, о медикаментозном лечении. В особенности, мы пытаемся выяснить симптомы аффективных и тревожных расстройств, после злоупотребления бензодиазепинов, веществ, вызывающих зависимость и т.д. Мы оцениваем и нынешнее психическое состояние пациента.
10. **Соматические заболевания.** Подобно пункту 9. В частности, нас интересуют болезненные местные поражения, неврологические заболевания, тип медикаментозного лечения.

Дифференциальная диагностика наиболее распространенных расстройств сна:

а) ***Первичная инсомния, вызванная синдромом беспокойных ног:*** Чувствует ли пациент после укладывания в постель покалывание, боль, тепло, холод в ногах? Принуждают ли его эти неприятные ощущения тереть ноги об одеяло, покрывало, высовывать ногу с постели? Замечал ли он когда-либо, что перед сном потирал ноги одну о другую?

б) ***Нарушение непрерывности сна, вызванное периодическими движениями конечностей:*** Говорил ли партнер когда-либо пациенту, что тот подергивает, бьёт, поочередно сгибает или выпрямляет ноги в ночное время? Бывает ли

утром регулярно скомканное одеяло? Болят ли после пробуждения ноги у пациента, имеет ли он иногда утром судороги в ногах?

в) ***Нарушение целостности сна при синдроме апноэ сна:*** Храпит ли пациент громко и нерегулярно, делает ли он дыхательные паузы? Просыпается ли он ночью неоднократно для похода в туалет? Потеет ли он по ночам? Имеет ли он утром сухость во рту, головную боль? Жалуется ли пациент на значительную дневную сонливость, спит ли он регулярно после обеда, имеет ли он проблемы с памятью, сексуальные проблемы (у мужчин — проблемы с эрекцией и снижение либидо)?

г) ***Расстройство сна, вызванное нарушением циркадных ритмов:*** Работает ли пациент посменно? Часто ли пациент пересекает часовые пояса? Не имеет ли он проблем с засыпанием и сном?

8.6.3.2. Оценка и измерение

Основа методов измерения при КБТ инсомнии — **дневник сна** (см. Приложение 3). Он может стать важным инструментом для более объективного взгляда на тяжесть самого расстройства, и позволяет нам (и пациенту) увидеть терапевтические достижения. Существует несколько различных видов дневников сна. Простейшие из них (распространяемые, например, фармацевтическими фирмами) больше подходят для мониторинга нарушений циркадных ритмов, чем для проведения КБТ с больными, страдающими инсомнией. В них делается запись лишь о времени сна каждый день в соответствующие колонки. Они показывают исходные данные о сне в течение нескольких недель, но в них нет достаточно места для другой более важной информации. Более подходящим мы считаем дневник сна, указанный в приложении, который подробно описывает сон больного в течение одной недели.

Следует тщательно объяснить пациенту, как правильно использовать дневник сна. В частности, необходимо предупредить его, что все вопросы, касающиеся временных данных, являются лишь приблизительными. Пациент должен предположить, сколько времени ему потребовалось для того, чтобы заснуть, причем пациент не должен точно считать минуты. Кроме того, время, проведенное в постели без сна, должно быть определено лишь приблизительно, а не посчитано точно по минутам. У пациента, в большинстве случаев, где-то рядом с постелью находится будильник (см. ниже), на который он может иногда посмотреть, но нужно многократно упоминать о том, что простое приблизительное определение периодов времени вполне достаточно.

Достоверность данных, касающихся приема снотворных препаратов и алкогольных напитков, в значительной степени зависит от качества терапевтических отношений. Необходимо создать приятную, непредвзятую атмосферу, так как неискаженное представление обоих данных очень важно для правильного управления процессом терапии.

Сведения о раннем пробуждении означают последнее пробуждение, после которого пациент снова не смог заснуть даже на короткое время. Он проснулся, например, в 5.30 и около 6 ч снова заснул (даже на короткое время, например, до 6.20 ч), эти вторые сведения будут считаться как окончательное пробуждение. Время подъема — реальное время, когда пациент покинул постель.

Пациент должен записать чувства после пробуждения в соответствующую колонку как можно более объективно.

Фактическое время сна в ночной период рассчитывается, как время от засыпания до окончательного пробуждения, из которого мы вычитали общую сумму всех ночных пробуждений.

Эффективность сна определяется долей общего времени сна (исчисляется в минутах) и общего времени, проведенного в постели (с того времени, как пациент лег в постель, и до того времени, когда он утром встал с постели).

$$\textbf{Эффективность сна (\%)} = \frac{\textbf{Общее время сна (мин)}}{\textbf{Общее время, проведенное в постели (мин)}}$$

Пациент выполняет запись регулярно каждый день утром после пробуждения. Очень важно, чтобы пациент сам понял, что дневник сна может стать его помощником, его заполнение не должно превратиться в скучное рутинное задание. Пациент должен быть мотивированным и, в каком-то смысле любопытным: «Как это будет выглядеть через неделю по сравнению с сегодняшним днем, произойдут ли какие-либо изменения, какова будет эффективность сна?».

Очень важно, чтобы заполненному дневнику сна было уделено на сеансе должное внимание, чтобы терапевт не только выслушал все замечания и наблюдения пациента, но и сам активно задавал вопросы, например, о продолжительности сна или, наоборот, о бессонных ночах: что, по мнению пациента, вызывает бессонницу, чем отличаются друг от друга данные дни, не взволновало ли пациента что-либо перед сном, не произошло ли какое-либо нарушение гигиены сна?

8.6.3.3. Проблемы и цели, план лечения инсомнии

Обе участвующие стороны — пациент и терапевт — должны иметь реалистичные ожидания. Терапевт не обещает полное выздоровление, но предлагает возможность существенного улучшения проблем со сном при условии, что пациент будет интенсивно сотрудничать и выполнять поставленные задачи. Невыполнение этого условия — очевидное противопоказание КБТ. Терапевт не заставляет пациента что-либо делать, но с самого начала говорит ему, что терапевтический метод глубоко затронет его личную жизнь, привычки и социальные связи (иногда необходимо практиковать временно «отдельные спальни»). Результаты лечения будут заметны лишь по истечении нескольких недель после окончания, и будет необходимо преодолеть трудный период начального ограничения сна. Пациенту дается время подумать. Для повышения мотивации мы можем привести данные о процентах успеха при этом виде терапии, а также уменьшить риск хронического потребления снотворных препаратов.

Если пациент соглашается на проведение КБТ, на отдельном листе бумаги напишем текущее состояние пациента и его требования — цели терапии. Цели должны быть реалистичными — если пациент спит в среднем 5 ч за ночь, мы не будем ставить задачу проспать 9 ч, хотя пациент говорит, что это минимальное время, которое ему необходимо для отдыха. Целесообразно устанавливать цели лечения на втором сеансе, на который пациент приходит с заполненным дневником сна, после чего мы совместно с ним сможем реально рассмотреть вопрос о

возможном улучшении. Как правило, большинство пациентов, в конечном счете, соглашаются с 6—7 ч сном за ночь в качестве цели терапии.

Пример:

1. Текущая ситуация
   — как правило, процесс засыпания у меня длится .... 2,5 ч
   — как правило, ночью я просыпаюсь .. .. 4—5 раз
   — эти пробуждения обычно длятся .... 30—40 мин
   — обычно за всю ночь я сплю примерно.. 4 ч
2. После окончания терапии я хотел бы:
   — засыпать в течение 45 мин,
   — проснуться 2—3 раза за ночь,
   — после пробуждения не спать максимум 15—20 мин,
   — спать 6,5 ч за ночь.

Необходимо договориться с пациентом о проведении регулярных сеансов, желательно раз в неделю, количество сеансов устанавливаем 7—10. Мы также можем заключить с пациентом классический терапевтический контракт, который должен содержать заявление, что пациент соглашается регулярно заполнять дневник сна, что он принимает правила гигиены и ограничения сна, что он ознакомится с физиологией сна и будет принимать снотворные препараты лишь по взаимному согласию с терапевтом и т.д.

8.6.3.4. Лечебные интервенции при инсомнии

1. Просвещение пациента об особенностях сна

Пациенты, страдающие инсомнией, как правило, имеют довольно ошибочные убеждения о сне в целом. Они часто считают, что если будут спать менее 8 ч в день без единственного ночного пробуждения, то это автоматически значит, что они больны, что рано или поздно они полностью перестанут функционировать на работе, их брак закончится разводом, они сойдут с ума и т.д. Первым шагом при терапии должен стать урок по поводу сна. Одна из основных идей КБТ — выступление терапевта в качестве эксперта в данной области, он способен ответить на большинство вопросов, связанных с заболеванием пациента и, таким образом, уменьшить беспокойство по поводу заболевания. Любая проблема, которая точно определена, лучше воспринимается пациентом и частично теряет свое первоначальное тревожное содержание. В случае расстройства сна это действует вдвойне, так как мы заставляем пациента в корне изменить свои существующие привычки и требуем от него, например, временного ограничения его сна, что для пациента с инсомнией, который не был должным образом проинструктирован — полный абсурд. Чтобы обеспечить хорошее сотрудничество, необходимо объяснить (в доступной форме) основы физиологической регуляции сна — как мы спим, когда мы спим и каково нормальное время сна.

Начнем с объяснения физиологии сна с противоположной стороны — при бдительности. Когда мы бодрствуем, наш мозг очень метаболически активен, и когда мы в этом состоянии делаем ЭЭГ, отмечаем наличие быстрой частоты (в особенности, так называемых, α и β). В тот момент, когда мы начинаем дремать, активность снижается, частота ЭЭГ замедляется (до частоты θ). Если эта часто-

та в ЭЭГ записи будет превышена, мы говорим о первом этапе non-REM сна. Если нас ничего не отвлекает, мозг далее изменяет вид своей деятельности: при медленной деятельности, типичной для стадии 1 появляются изолированные медленные волны, с последующим медленными веретенами сна (специальная форма, называемая в терминологии ЭЭГ — К-комплекс), наступает стадия 2 non-REM сна. Дальнейшее углубление сна снова отмечается еще большим замедлением частоты — появляются, так называемые, δ-волны (очень медленные, высокие волны). В этот момент мы спим глубоким сном non-REM — стадия 3 и 4, порог нашего пробуждения очень высок, мозг в этом состоянии на самом деле отдыхает (снижает свою метаболическую активность). После определенного периода времени, неожиданно полностью меняется, как характеристика ЭЭГ записи (очень похоже, как при бодрствовании), так и метаболическая активность головного мозга (значительно увеличивается). Тем не менее, как это ни парадоксально, пациент продолжает крепко спать. Кроме этого, мы можем невооруженным глазом увидеть у индивида быстрые движения глазных яблок под веками. Наступает, так называемый, парадоксальный или REM сон («rapid eye movements»), в котором мозг очень активен, снится много снов, и наши мышцы полностью расслаблены (происходит мышечная атония). Засыпание и постепенный переход этапов non-REM 1, 2, 3, 4 и REM регулярны, происходит не случайно — создает, так называемый, цикл сна. Такой цикл длится 90—120 мин и повторяется 4—5 раз в течение ночи. Для практического использования этой информации в работе с пациентом важно знать, что переход от стадии non-REM к REM сну связан с активацией определенных структур головного мозга и, наоборот, с ослаблением других. Нередко в течение этого перехода мы просыпаемся. Для пациента, следовательно, будет очень интересна информация, что совершенно нормально просыпаться после 1,5—2 ч сна (очень частая жалоба пациентов, страдающих инсомнией). Если мы популяризуем сказанное до самого предела профессиональной способности, можно использовать сравнение с автомобилем: во сне мы также переключаем с 1-й передачи на 2, 3, 4, но если мы хотим переключиться на обратный ход (REM), мы должны остановить машину.

Таблица 8.22. Стадии сна

Non-REM	
Стадия 0	Бодрствование
Стадия 1	Очень легкий сон, переход между бодрствованием и сном. Сонливость
Стадия 2	Средне глубокий сон, занимает около полночи у взрослых. Служит в качестве переходного этапа между **REM** и дельтой
Дельта	Медленный сон, состоящий из стадий 3 и 4
Стадия 3	Состоит из среднего количества дельта деятельности, более глубокий сон, чем во второй стадии
Стадия 4	Увеличение дельта активности по сравнению с третьей стадией. Очень глубокая стадия сна
REM	
REM	Сон со снами, ЭЭГ активным, приближающееся бодрствование. Глубина сна выше, чем в стадии 2, но предположительно ниже, чем дельта

Сон — состояние, в котором мы проводим почти треть нашей жизни, но о его регулировании до недавнего времени было известно относительно мало. Это со-

стояние не происходит случайно — для того чтобы заснуть, должны быть соблюдены определенные условия. Мы можем себе представить, что сон регулируется двумя различными типами часов (двумя независимыми физиологическими механизмами). Первые часы являются классическими, со стрелками, которые измеряют точное время в течение дня. Эти часы (циркадный pacemaker) расположены в гипоталамусе, в супрахиазматическом ядре, имеют «циферблат» (период), как правило, немного длиннее или короче, чем 24 ч, и должны регулярно «доводиться» до продолжительности астрономического дня. Основные факторы, которые «двигают их стрелками» и синхронизируют их работу с внешней средой — освещение (особенно, утренний свет), социальное взаимодействие, пища, физические упражнения и некоторые другие. Эти часы управляют внутренней температурой организма, секрецией некоторых гормонов — период этих ритмов составляет приблизительно 24 ч, это, так называемые, циркадные ритмы. Для понимания регулирования сна важен тот факт, что мы засыпаем преимущественно в определенный период данного циркадного ритма, и в этот период сон, как правило, длиннее и качественнее (см. разницу между ночным и, например, обеденным сном после работы). У пациента, страдающего инсомнией, эти ритмы также существуют, но их необходимо подкрепить — в особенности, с помощью соответствующей регулярности режима сна и использованием будильника в качестве сигнала (синхронизатора) каждое утром, в одно и то же время (в том числе в выходные дни). Поможет и утренняя зарядка, прогулка и т.д.

Второй механизм управления сном работает по принципу песочных часов. Когда в организме «накопится» достаточное количество определенного вещества, мозг далее не в состоянии противостоять сну и заснет независимо от первых часов со «стрелками». С другой стороны, если не будет произведено достаточного количества этой субстанции, мы не сможем заснуть даже в идеальный период для сна. Этот механизм называется гомеостатическое регулирование сна и основан на теории о существовании субстанции сна, которая создается во время бодрствования и потребляется в процессе сна. Чем дольше мы бодрствуем, тем больше у нас есть этой субстанции, тем легче нам заснуть, тем глубже и дольше мы будем спать. Раньше были проведены многочисленные исследования с депривацией сна, как у животных, так и у людей. Было установлено, что потребность во сне жизненно необходима также, как и прием пищи или жидкости. Животные в режиме вынужденной полной депривации сна умирают в течение нескольких недель. До сих пор непревзойденное самое длинное экспериментальное лишение сна у человека продлилось 11 дней. 16-летний американец Рэнди Гарднер выдержал без сна с существенной поддержкой всей команды 264 ч. После этого, финансовая или какая-либо другая мотивация не смогла предотвратить его сон. К одинаковым выводам в течение последних нескольких лет пришли многие авторы — невозможно долговременно совершенно не спать, в определенный момент количество гипногенной субстанции настолько значительное, что человек заснет в любом случае, какой не была бы его мотивация. В настоящее время список эндогенных веществ, которые имеют гипнотический эффект, довольно обширный, но, что касается значимости, кажется, что к наиболее важной относится аденозин и серотонин. Для полноты преставления, в этом месте следует упомянуть лишь о

единственном диагнозе, при котором пациент действительно не спит. Речь идет о генетически связанной фатальной семейной инсомнии, в которой присутствуют и другие неврологические симптомы. Кроме того, она встречается крайне редко (документально во всем мире: около 30 пострадавших семей).

Здесь для полноты мы также отметим существование третьего типа регулирования сна — так называемую, ультрадиальную регуляцию, которая контролирует изменение non-REM и REM сна в течение ночи, и, так называемое, колебание бдительности (бодрствования) в течение дня.

Эта информация при лечении инсомнии имеет далеко идущее значение. Во-первых, терапевт (не — сомнолог) может быть спокоен, что действительно невозможно, например, 2 года совсем не спать, и благодаря этой уверенности он меньше поддается манипулированию. Аналогичным образом, большинство пациентов значительно успокаиваются, когда узнают, что они хотя бы недолго, но спят, хотя их сон, некачественный и неглубокий, и, таким образом, они его хуже осознают.

На вопрос «как долго мы должны спать?», ответить не так просто, как может показаться на первый взгляд. На основании общего мнения, восемь часов считается нормальным временем сна. Действительно, молодой здоровый человек спит около 7—8 ч за ночь, но существуют и исключения в обоих направлениях. Очень просто можно разделить население на два типа спящих: «длинные» и «короткие». Некоторым из нас для полного ощущения свежести требуется более 9 ч сна, другие чувствуют себя полностью отдохнувшими после 4—5 ч сна, не жалуясь при этом на инсомнию. Целесообразно успокоить пациента словами, что не существует какого-либо конкретного время сна, что восемь часов сна, в большей степени, больше миф, передаваемый поверхностными заявлениями в средствах массовой информации и народной традиции, чем научно проверенный факт. В целом, нормально можно функционировать даже после 5 ч сна за ночь, и многочисленные исследования подтвердили, что и это, на первый взгляд короткое время, вполне достаточно для качественной ежедневной производительности. В качестве примера мы можем привести мировых лидеров: У. Черчилль и Наполеон, которые якобы спали всего 4 ч.

2. Рестрикция сна

Один из наиболее важных компонентов правильно проводимой терапии — соответствующая рестрикция сна или, точнее, ограничение времени, проведенного в постели. Мы должны начать с нее как можно скорее — желательно, сразу после второго сеанса, когда пациент приходит с заполненным дневником сна. Рестрикция сна не должна длиться более 5 ч за ночь, ниже этого значения мы не спускаемся даже с пациентами, которые в действительности спят меньше, чем указанные 5 ч. Другим, еще более важным правилом признается тот факт, что время пробуждения на протяжении всего периода терапии не меняется.

Порядок рестрикции сна должен быть последовательным — необходимо оценить среднее время сна за одну ночь и, таким образом, определить исходное допустимое время нахождения пациента в постели. Вместе с больным мы установим время утреннего вставания (в зависимости от его привычек и обязанностей) и подчеркнем, что это время — фиксировано и будет применяться в течение все-

го срока терапии, включая выходные дни. Например, пациент хочет вставать в 6:30, поэтому это время будет неизменным, независимо от того, какой будет рестрикция сна. Если пациент, в соответствии с дневником сна, спал первую неделю в среднем 5,5 ч за ночь, он должен будет в течение всей последующей недели ложиться спать в первом часу утра, а будильник будет поставлен на 6.30. Пациент будет соблюдать этот режим до следующего сеанса, на котором мы посчитаем среднее время сна за ночь в течение данной недели, и среднюю эффективность сна за тот же период (в соответствии с уравнением, приведенным в разделе об измерении). Если эффективность сна превысила 90 %, мы продлим разрешенное время нахождения в постели на 15—20 мин за ночь. Таким образом, пациент сможет лечь уже в 0.40 часов, а вставать он, по-прежнему, будет в 6.30. Данное действие мы будем выполнять каждую неделю, до достижения желаемой продолжительности сна. Если эффективность сна на данной неделе будет ниже 90 %, то время рестрикции сна останется неизменным в течение всей следующей недели. Важное значение имеет очень медленное увеличение допустимого времени нахождения в постели и всегда на основании данных, предоставляемых пациентом в дневнике сна, а не посредством простой оценки.

3. Изменение привычек сна (бихевиоральный компонент терапии, иногда называемый «контроль стимулов» (Bootzin, R.R., 1991)

Большинство из нас имеют определенные стереотипы, предшествующие укладыванию в постель и засыпанию. Часто простая подготовка (ванна, переодевание в пижаму, сама постель) являются выученными возбудителями сонливости. В этом случае применяется элемент простого обусловливания. У пациентов, страдающих от бессонницы, часто происходит временная диссоциация этих сигналов и самого укладывания в постель (например, чрезмерно ранняя подготовка — пациент часто находится в пижаме уже около 20 ч и ждет сна), а также патологическая ассоциация между окружающей обстановкой (спальня, постель) и инсомнией. Наша задача в этой части терапии заключается в том, чтобы заново научить пациента взаимосвязи между деятельностью, непосредственно предшествующей сну, окружающей обстановкой и самим сном. В этом нам помогает уже упомянутая рестрикция сна, которая сводит пребывание в постели без сна к минимуму и, тем самым, подкрепляет условную связь постель — сон (не инсомния). Другим важным шагом должна стать помощь пациенту в разработке соответствующего режима его деятельности, предшествующей сну: не менее чем за 1 ч перед засыпанием расслабиться или релаксировать с помощью стандартных методов, заниматься спокойной деятельностью и, наоборот, полностью избегать решения любых проблем, будь то рабочих или семейных. Подготовка (ванна, переодевание в пижаму) должна быть включена в этот спокойный час.

Следующее правило для пациентов очень часто трудно принять: если пациент не может заснуть в течение 15—20 мин, он должен встать, покинуть спальню и пойти заниматься спокойной деятельностью в соседнюю комнату. В постель он должен вернуться только тогда, когда почувствует себя снова сонным. Даже если после этого он не сможет заснуть в течение 15—20 мин, заново встать, покинуть спальню, и эта процедура повторяется до тех пор, пока пациенту не удается фактически заснуть. Подобным образом необходимо действовать при про-

буждении среди ночи — если у него не получается снова заснуть в течение 15—20 мин, пациент покидает спальню и сможет снова вернуться в постель только тогда, когда почувствует себя сонным. Это правило позволяет ослабить выученную связь постель — инсомния, а также улучшить эффективность сна, оцениваемую в дневнике. В то время, когда пациент покинет спальню, мы рекомендуем начать заниматься спокойной деятельностью: разгадывание кроссвордов, чтение журналов и особенно прослушивание музыки (желательно в наушниках, таким образом, мы избежим жалоб от его окружения). Нежелательно в это время играть в компьютерные игры, смотреть телевизор или читать книги. Также мы категорически запрещаем доделывать рабочие задания — при выполнении этой деятельности пациент, как правило, настолько увлечен процессом, что не заметит легкое колебание бдительности, в смысле сонливости (которая в начале терапии бывает очень слабая), и пропустит подходящее время для возвращения в постель и засыпания. Очень важно обсудить с пациентом, чем он занимался в это время без сна, в какой комнате он провел время и т.д. Таким образом, мы можем избежать неприятных сюрпризов, когда, например, пациентка только после нескольких недель неуспешной терапии со стыдом призналась, что кроме ванны, у нее больше нет в квартире другого помещения, где можно провести это время без сна. Таким образом, она ночь за ночью сидела в холодной ванне на неудобном кресле и проклинала КБТ и терапевта. В таких случаях мы рекомендуем использовать, передвижную перегородку, или, по крайней мере, занавес для психологического отделения пространства для сна. Мы также должны соблюдать то условие, чтобы пациент в этот момент чувствовал себя комфортно, чтобы ему не было холодно, чтобы мы могли минимизировать стрессовое воздействие.

Важно, чтобы пациент каждое утро использовал будильник, даже не смотря на то, что обычно он просыпается спонтанно. Таким образом, мы укрепляем синхронизацию часов со «стрелками» (циркадного ритма).

Другое основное правило бихевиоральной части терапии: постель служит только для сна или секса, все другие виды деятельности строго запрещены. Таким образом, в постели не разрешается читать, смотреть телевизор, слушать музыку, делать телефонные звонки, есть, пить или выполнять любую другую деятельность, несовместимую со сном, даже если пациент к этому привык. Речь идет об очень важной составляющей подкрепления связи постель — сон.

Пациенту строго запрещено спать в течение дня, даже если он жалуется на невыносимую сонливость после плохой ночи. Раньше мы упоминали о гомеостатических компонентах регулирования сна — во время бодрствования, мы создаем субстанцию, которая вызывает сон, и во сне мы ее снова потребляем. Если мы вернемся к сравнению с автомобилем — эту субстанцию можно рассматривать в качестве «бензина» для сна. Когда мы исчерпываем весь «бак» в течение дня, ничего не останется на ночь, заснуть будет трудно, сон станет более коротким и некачественным.

4. Гигиена сна

Сон в значительной степени зависит от внешних условий. Поэтому с пациентом необходимо обсудить оборудование его спальни, рекомендовать ему удобную постель, матрас, подходящую температуру, затемнение (шторы, жалюзи), создать

защиту от внешних шумов (уплотнение окон, затычки для ушей). Также следует упомянуть о том, что некоторые напитки и закуски могут содержать в себе вещество, которое оказывает определенное влияние на засыпание и на сам сон (кофе, чай, кока-кола, какао, шоколад). Пациент должен ограничить употребление этих напитков и другой еды максимум за 4—5 ч до сна, а также было бы разумно заменить жирную и трудно перевариваемую пищу на более легкие блюда. Мы объясним пациенту, что никотин может препятствовать засыпанию, и курение в течение ночи может усилить синдром зависимости и привести к повторным пробуждениям. Не забудем упомянуть и о влиянии алкоголя на сон — хотя алкоголь может помочь заснуть (анксиолитический компонент эффекта), но позже, во время процесса пищеварения, он повышает риск ночных пробуждений и снижает качество сна. Мы рекомендуем пациенту ограничить физическую активность в течение нескольких часов перед сном — например, занятия йогой, бег и другие физические нагрузки — не позднее 4-х ч до сна, желательно переместить эти мероприятия на утро и, таким образом, использовать их как циркадный синхронизатор.

5. Релаксация

Рекомендуется обучить пациентов аутогенной тренировке Шульца или прогрессивной релаксации Оста. Пациент постепенно должен освоить оба метода — они никогда не должны использоваться в качестве первого терапевтического вмешательства, так как изначально приводят к увеличению когнитивной стимуляции и, парадоксальным образом, могут будить пациента, вместо того, чтобы делать его сонным. Обучение должно проходить в течение вечера или непосредственно перед сном. После полного освоения этих методов, пациент сможет использовать их для вызова сна.

6. Когнитивная часть терапии

Эта часть терапии логически следует после просвещения пациента об особенностях сна. Только тот пациент, который понял основу регулирования и физиологию сна, имеет доступ к когнитивной реструктуризации АНМ, способен перестать драматизировать свою ситуацию и, таким образом, имеет очень хорошие шансы на улучшение состояния или полное выздоровление.

Для определения конкретных АМН или ошибочных убеждений о самом сне нам может помочь использование анкеты Морина (см. приложение).

Для когнитивной реструктуризации мы используем классическую форму для записи ситуаций, в которых появились АМН (таблица 2).

Пример заполненной формы записи негативных автоматических мыслей (Praško и др., 2001)

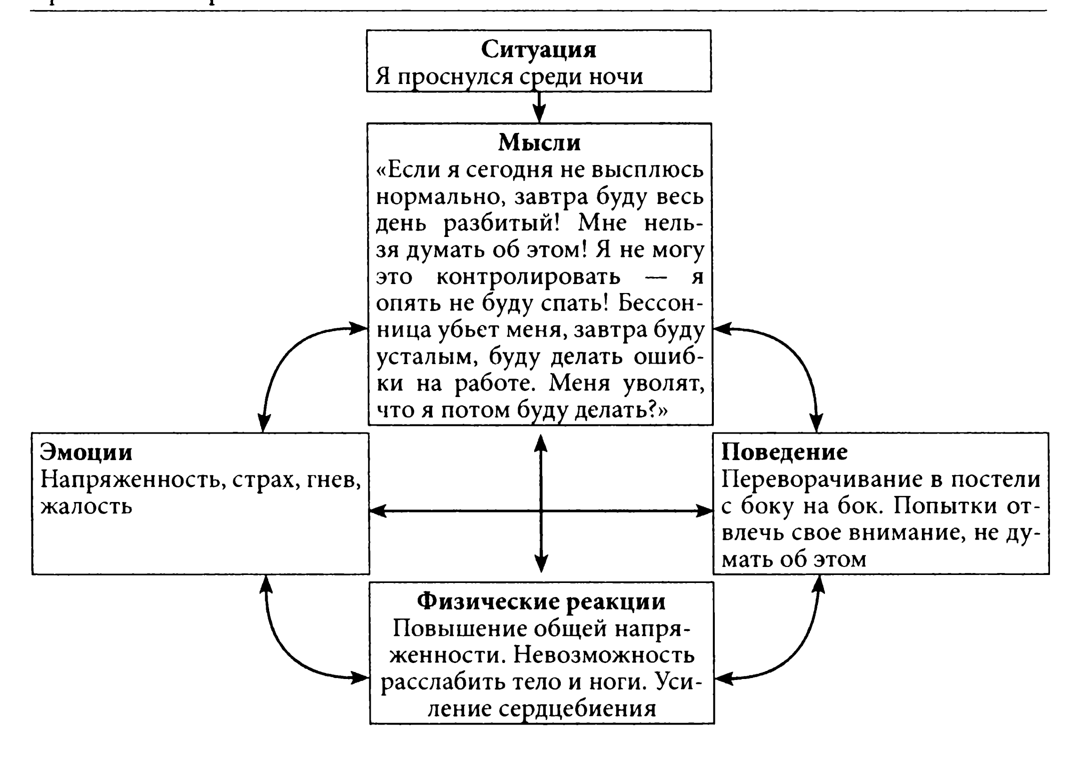
Ситуация	**Автоматические мысли**	**Последствия**	**Рациональный ответ**	**Действие — что я могу сделать**
Целый час лежу в постели и не могу заснуть	Я опять не сплю! Завтра я опять буду разбитая! Я уже никогда не избавлюсь от бессонницы	Гнев, жалость, депрессивное настроение. Переворачивание с боку на бок в постели, неспособность заснуть	Ничего страшного не происходит, я просто не могу заснуть. Завтра я буду разбитая — не более того. Тот факт, что я избавлюсь от бессонницы, маловероятен. Все равно придет время, когда мое тело устанет, и я смогу заснуть.	Вместо того чтобы пугать себя, я пойду гладить белье. Потом я лягу и попробую заснуть.

Для проверки достоверности автоматических мыслей можно использовать следующие вопросы:

1. Действительно ли после каждой ночи, когда спали меньше чем 5 ч, вы чувствовали себя на следующий день полностью изможденным и не в состоянии работать?
2. Является ли каждый день после бессонной ночи действительно полностью испорченным, бывает ли он иногда лучше, иногда хуже?
3. Могли бы вы найти другое объяснение тому, почему на работе (дома) вы были неудачливы, кроме того, что вы плохо спали в предыдущую ночь?
4. Что самое худшее может с вами случиться, если вы сегодня ночью не будете спать? Действительно ли это такая катастрофа?
5. Как вы думаете, к чему может привести ваше беспокойство из-за бессонницы? Поможет ли это вечером лучше заснуть, или только ухудшит ваш сон?
6. Сон составляет около трети нашей жизни, но не придаете ли вы ему большее значение, чем это есть на самом деле? Не пренебрегаете ли вы из-за раздумий о сне другими, возможно, более важными вещами, интересами и т.д.?
7. Как будет выглядеть день, если вы попытаетесь провести его так, как будто вы хорошо выспались? Это можно попробовать?
8. Случается ли с вами, что вы засыпаете, когда не хотите этого, и, наоборот, что не можете заснуть, когда пытаетесь это сделать? Можно ли это как-нибудь использовать?

В дополнение к классическому рассмотрению обоснованности автоматических мыслей и последующему поиску рациональных ответов можно использовать специальный метод, так называемую, парадоксальную интенцию, когда пациент пытается не заснуть. Однако возможности использования этого метода весьма ограничены. Пациенты, страдающие от бессонницы, очень часто аккуратны и более чувствительны к любой когнитивной нагрузке, и их сосредоточенное раздумье о том, что им нельзя заснуть, часто заставляет их бодрствовать всю ночь.

Пример порочного круга (Praško и др., 2001)



8.6.3.5. Проблемы при лечении инсомнии

Наиболее распространенная проблема — плохое сотрудничество пациента, особенно при бихевиоральной части терапии. По нашему опыту, этот риск можно свести к минимуму путем тщательного и терпеливого объяснения значения отдельных правил и методов. Пациенты намного лучше сотрудничают, когда они чувствуют, что их считают равными партнерами, и они сами поймут необходимость изменения некоторых своих привычек. Целесообразно с самого начала терапии подчеркнуть, что только они сами могут победить свою инсомнию, а роль психотерапевта лишь вспомогательная.

В тексте неоднократно акцентировалось внимание на важности правильного дифференциального диагноза. Если пациент хорошо сотрудничает, и все же через несколько недель не видно даже минимальных результатов, то необходимо пересмотреть свою дифференциальную диагностическую рассудительность. Важно пересмотреть возможность наличия вторичной инсомнии — чаще всего при другом психическом заболевании.

8.6.4. КБТ и психофармакотерапия первичной бессонницы

Медикаментозное лечение вполне имеет место при заболевании переходной или краткосрочной инсомнии, которая может эффективно предотвратить хронификацию заболевания. Большинство пациентов часто страдают многолетней инсомнией с применением снотворных препаратов и транквилизаторов с седативным эффектом. Значительное количество их зависит от приема этих препаратов, и наша задача состоит в том, чтобы постепенно уменьшить принимаемую дозу до полного прекращения их приема.

Часто случается, что пациент на протяжении нескольких лет принимает препараты бензодиазепиного ряда, которые с течением времени становятся совершенно неэффективными (эффект толерантности), и пациент вынужден постоянно увеличивать дозу для достижения хотя бы минимального времени сна, тем самым становясь зависимым от данного препарата. Иногда пациент прекращает прием препарата, но потом наступает, так называемая, «rebound инсомния», которая, как правило, может испугать пациента (речь идет о нескольких ночах полной инсомнии), и пациент снова возвращается к приему лекарственных препаратов с тем чувством, что ему уже никто не сможет помочь. Это означает следующую когнитивную стимуляцию, которая укрепляет порочный круг инсомнии.

Единственный способ здорового, качественного сна — очень медленное снижение дозы снотворных препаратов. После каждого (даже небольшого) снижения дозы, важно иметь в виду эффект «rebound инсомнии», о котором пациент должен быть предупрежден заранее. Это неприятное явление можно постепенно преодолеть путем строгого соблюдения бихевиорального компонента терапии и систематической работой с негативными мыслями. Наш опыт показывает, что снижение дозы может быть очень чувствительным, и после каждого снижения последует период «стабилизации» сна, который не должен быть короче, чем 1—2 недели, в зависимости от реакции пациента. Необходимо постоянно подкреплять его решимость продолжать терапию, несмотря на регулярные периоды плохого сна, потому что цель (сон без снотворных), на самом деле, достижима.

8.6.5. История болезни

Соне 33 года, раньше она работала учителем первых классов, сейчас она уже пятый год находится в декретном отпуске. Инсомнией она страдает уже 3 года, с того времени, когда она со своей семьей переехала в другую часть страны, где ее муж получил хорошую работу. Они купили дом, в котором было вначале много работы, у них родился второй сын, Соня часто чувствовала себя уставшей, но она все равно не могла заснуть. Вечерами, Соня часто долго лежала в постели и не могла заснуть, она думала о том, как она со всем сможет справиться. Она беспокоилась о том, как у них будет с деньгами, как они успеют сделать ремонт в запланированный срок, она думала о своих друзьях и о своей первоначальной работе в школе, к которой она, возможно, уже не сможет вернуться. Постепенно она начала осознавать, что ей требуется более 2 ч каждый день, чтобы заснуть. Она начала волноваться, что с ней что-то не так, потому что никогда раньше она не имела проблемы со сном — засыпала сразу, как только ее голова касалась подушки. Ко всему прочему, она стала все чаще просыпаться посреди ночи. При пробуждении, она неподвижно лежала в постели, потому что не хотела мешать мужу, который должен был выспаться и утром встать отдохнувшим. В этот момент ей в голову приходило много мыслей. Что она будет делать завтра? Как она со всем справится? В конце концов, она не будет даже в состоянии позаботиться о своих детях и накормить мужа... у нее ничего не получится... Если так будет продолжаться, у нее случится нервный срыв, муж бросит ее, она останется одна с детьми, но что она будет делать дальше? Где она возьмет

деньги на оплату дома? Как она в таком состоянии сможет вернуться к работе и заработать себе и детям на жизнь? Около года назад, Соня посетила практического врача, который назначил ей прием бензодиазепиновых снотворных препаратов. Она начала их принимать и почувствовала облегчение. Однако через несколько недель она с удивлением обнаружила, что ее сон снова ухудшается. Снотворные препараты она перестала принимать, потому что от кого-то услышала, что они могут быть опасны, и все равно не помогали в той степени, как она себе представляла. С тех пор Соня становилась все более скептичной — она была убеждена, что никто не сможет ей помочь со сном, что это безнадежное дело, что она больна. Ее муж относился к ней хорошо, каждый день с интересом спрашивал, как прошла ее ночь, помогал ей, делал покупки, он понимал, что Соня обессилена. Постепенно, они перестали общаться с друзьями, ходить в кино и театр, потому что Соня постоянно чувствовала себя усталой. Темы их разговоров постепенно ограничились обсуждением ее бессонницы, муж жалел ее и принимал изменения в их жизни, как необходимость, вытекающую из ее состояния здоровья.

На первую встречу Соня пришла не накрашенной, с усталым выражением лица. О терапии она узнала от знакомой, но не особо верила в то, что кто-либо может понять ее трудности, не говоря уже о том, чтобы помочь ей. На первом сеансе Соня рассказала всю свою историю, терапевт задал ей множество вопросов, и, в конечном итоге, была констатирована психофизиологическая бессонница. Соне был очень кратко объяснен подход КБТ, она была уведомлена о длительности и сложности лечения. После первого сеанса у Сони были смешанные чувства, она хотела получить рецепт на какие-либо новые, более эффективные снотворные препараты, а вместо этого она получила дневник для записи своего сна.

С Соней мы снова встретились через неделю, она заполнила дневник, и далее начинается сама терапевтическая работа. Во-первых, анализируем все данные в дневнике сна, вычисляем среднее время сна на прошлой неделе, а также, его эффективность. Определяем реалистичную цель терапии (6,5—7 ч сна, засыпание в течение 30 мин) и заключаем терапевтический контракт. Затем, говорим о сне, о его регулировании, стадиях сна, его физиологической регуляции. Пытаемся изменить ее нереалистичные ожидания (спать 9 ч), что пациентка очень хорошо принимает. После детального разговора стало ясно, что будет необходимо сократить время пребывания в постели — приступаем к первому ограничению сна, которое, в ее случае, будет составлять 5,5 ч. сна в сутки.

На следующей неделе снова начинаем с оценки дневника сна. Соня следовала правилам ограничения сна, но сон стал еще хуже, чем до начала терапии. Соня по этому поводу не беспокоится, так как знает, что первые результаты лечения будут ощутимы не раньше, чем через несколько недель. Поясняем бихевиоральный компонент терапии и его индивидуальные правила. Соня беспокоится, что когда ночью будет вставать, может потревожить мужа. Договариваемся, чтобы Соня сделала хотя бы несколько попыток.

После третьей недели терапии стал заметен первый небольшой прогресс. Соня радостно говорит, что она спала в среднем 5,5 ч за ночь, и тем самым увеличилась эффективность сна —теперь сможем продлить разрешенное время сна. В равной степени она довольна тем фактом, что ее мужу не мешают ее ночные вставания, он спит очень крепко. Снова обсуждаем правила, вытекающие из бихевиоральной части терапии, пытаемся придумать, какой деятельностью она будет заниматься ночью, когда не может спать. Соня предлагает прослушивание музыки в наушниках в гостиной комнате, а так как на улице стало теплее, она сможет играть на гитаре на веранде (раньше она играла в женской рок-группе). Соня рада, что снова вернется к занятиям музыкой, она уже почти забыла, что это такое. Также она может иногда сходить в кино, все равно ей необходимо ложиться спать только в 1 ч ночи... Вторая половина сеанса посвящена правилам гигиены сна. Много всего следует изменить. Соня курит иногда и по ночам, кроме того, необходимо перестать пить кофе и чай в вечернее время.

На следующей неделе Соня пришла разочарованной. Сон снова стал немного хуже, но она сама признает, что даже несмотря на временное отклонение, она чувствует себя лучше и способна нормально функционировать в течение дня. Начинаем когнитивную работу. Ищем причины ухудшения сна на этой неделе и находим стрессовые моменты в дни плохого сна. Сама Соня удивлена тем, насколько качество сна зависит от повседневной деятельности и спокойного состояния в период, предшествующий сну. Допустимое время в постели, в течение следующей недели, оставляем без изменений — эффективность не достигла 90 %.

Видимся уже в пятый раз и в дневнике сна Сони замечаем интересную особенность. Регулярно в среду у Сони процесс засыпания занимает больше времени, и сон бывает прерывистым. Акцентируем свое внимание на этом факте, и через некоторое время Соня вспоминает, что по средам ее муж возвращается домой поздно вечером, так как регулярно встречается со своими друзьями. Она никогда не думала, что это определенным образом беспокоит ее, но теперь сама признает, что не любит находиться дома одна. Учимся распознавать причины и последствия. Соня убедилась, что дневник сна доказывает, что бессонница не мешает ей функционировать в повседневной деятельности до такой степени, как она думала в начале лечения. Она стала так думать потому, что 1 день без сна (среда) — не катастрофа, это не значит, что терапия неэффективна. В общей сложности, эффективность сна стала достигать более 95 %, продлеваем время сна.

Шестой сеанс полностью посвящен порочному кругу инсомнии. Соня хорошо понимает, что с ней происходит, когда она не может заснуть, ей становится ясно, что не имеет смысла сильно беспокоиться, если сон не приходит — это только мешает процессу. Она перестает катастрофизировать ситуацию, ее подход становится более рациональным, она спокойна и видит, что самостоятельно способна улучшить свой сон. Дневник сна показывает почти 100 % эффективность сна. Соня уже привыкла к рутинным мерам, и они

ей не мешают, она видит, что терапия эффективна. Сейчас она спит 6 ч в сутки, поэтому попытаемся продлить время сна на целых 20 мин.

Седьмой сеанс вновь направлен на время сна, сон поддерживается, продлеваем допустимое время нахождения в постели на 20 мин — Соня довольна, вечером она снова чувствует сонливость и с нетерпением ждет, когда ляжет в постель.

Восьмой сеанс посвящен повторению. Соня предупреждена, что ее сон будет еще некоторое время очень хрупким, поэтому она должна придерживаться правил терапии, по крайней мере, в ближайшие три месяца. Сейчас Соня спит 6 ч 40 мин, засыпает в течение 10 мин, она довольна — совместно установленная цель была достигнута. Говорим о профилактике рецидива, если сон когда-то в будущем ухудшится, Соня знает, что должна руководствоваться теми же правилами и рекомендациями, с помощью которых, сможет справиться с трудностями.

Литература

Besset A., Villemin E., Tafti M. et al. Homeostatic process and sleep spindles in patients with sleepaintenance insomnia: effect of partial (21 h) sleeps deprivation. Electroencephalography and Clin. Neurophysiology, 1998, č. 107.

Bonnet M.H., Arand D.L. 24—hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. Sleep, 1995, č. 18 (7).

Bonnet M.H., Arand D.L. The consequencesof a week insomnia. Sleep, 1996, č. 19 (6).

Bootzin R.R., Epstein D., Wood J.M. Stimulus controlinstructions, in case studies in insomnia. Edited by Hauri, P. NY: Plenum, 1991

Brixler E.O., Kales A., Soldatos C.R. Sleep disorders encountered in medical practice: a national survey of physicians. Behav. Med., 1979, č. 6.

Coleman R.M., Roffwarg H.P., Kennedy S.J. et al. Sleep-Wake Disorders Based on a Polysomnographic Diagnosis. JAMA, 1982, č. 247 (7).

Edinger J.D., Wohlgemuth W.K., Radtke R.A. et al. Cognitive Behavioral Therapy for Treatement of Chronic Primary Insomnia: A Randomized Trial. JAMA, 2001, č. 285.

Gallup Organization Sleep in America. Princenton: Gallup Organization, 1991.

ICSD. International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. Rochester: Thorpy and Amertican Sleep Disorder Association, 1997.

Mellinger G.D., Balter M.B., Uhlenhuth E.H. Insomnia and its treatement: Prevalence and correlates. Arch. Gen. Psychiat., 1985, č. 42.

Morin C.M., Culbert J.P., Schwartz M.S. Nonpharmacological Interventions for Insomnia: A Meta-Analysis of Treatment Efficacy. Am. J. Psychiatry, 1994, č. 151.

Morin C.M. Beliefs and attitudes about sleep scale.//Insomnia: Psychological Assasement and Management. NY: Guilford Press, 1993.

Morin C.M. Insomnia: Psychological Assasement and Management. NY: Guilford Press, 1993.

Morin C.M. Sleep impairement index.//Insomnia: Psychological Assasement and Management. NY: Guilford Press, 1993.

Nevšimalova S., Šonka K. Poruchy spanku a bděni. Maxdorf Jessenius, 1997.

Ohayon M.M. Prevalence of DSM—IV diagnostic criteria of insomnia: Distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. J. Psychiat. Res., 1997, č. 31 (3).

Приложение 1 — Шкала тяжести инсомнии (Ch. Morin)

Оцените тип и тяжесть ваших проблем со сном в течение последних нескольких месяцев:

1. Трудности с засыпанием:

Совсем нет	Немного	Средне	Значительно	Чрезвычайно
0	1	2	3	4

2. Частое и/ или долговременное ночное пробуждение:

Совсем нет	Немного	Средне	Значительно	Чрезвычайно
0	1	2	3	4

3. Слишком ранее утреннее пробуждение:

Совсем нет	Немного	Средне	Значительно	Чрезвычайно
0	1	2	3	4

4. В какой степени вы довольны/ недовольны своим сном в последнее время?

Очень доволен	Доволен	Скорее недоволен	Недоволен	Крайне недоволен
0	1	2	3	4

5. В какой мере, на ваш взгляд, трудности со сном нарушают вашу привычную работоспособность (усталость, концентрация внимания, память, настроение)?

Совсем нет	Немного	Средне	Значительно	Чрезвычайно
0	1	2	3	4

6. В какой мере, на ваш взгляд, ваши проблемы со сном влияют на происходящее вокруг — в плане снижения качества вашей жизни?

Совсем нет	Немного	Средне	Значительно	Чрезвычайно
0	1	2	3	4

7. В какой степени вы озабочены/ думаете над своими проблемами со сном?

Совсем нет	Немного	Средне	Значительно	Чрезвычайно
0	1	2	3	4

Приложение 2 — Предположения и позиции относительно сна (Ch. Morin)

Следующие утверждения касаются различных мнений, предположений и взглядов относительно сна. Пожалуйста, отметьте, в какой степени вы лично согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений. Не существует никакого правильного или неправильного ответа. Для каждого утверждения поставьте пометку (/) в том месте линии, которое соответствует вашему личному убеждению. Попробуйте использовать всю длину линии, чем просто поставить свою пометку на любом из концов. Пожалуйста, не пропускайте, ответьте на все вопросы.

1. Мне необходимо восемь часов сна для того, чтобы чувствовать себя отдохнувшим и хорошо функционировать следующий день.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Если ночью я недостаточно выспался, мне необходимо это компенсировать таким образом, что ложусь спать в течение следующего дня или следующей ночью сплю дольше.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Так как я стал старше, мне необходимо меньше сна, чем раньше.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Меня беспокоит, если я не сплю одну или две ночи. У меня из-за этого может случиться нервный срыв.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Я опасаюсь, что хроническая бессонница может иметь серьезные последствия для моего физического здоровья.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Если я провожу больше времени в постели, то потом обычно сплю дольше и чувствую себя лучше на следующий день.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Когда я вечером не могу заснуть или просыпаюсь среди ночи и не могу заснуть снова, я должен оставаться в постели и пытаться заснуть.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Меня беспокоит, что я теряю контроль над своей способностью спать.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Так как я стал старше, я должен раньше ложиться вечером спать.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. Когда я ночью плохо сплю, то уже заранее знаю, что это нанесет вред моему функционированию на следующий день.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Я считаю, что для того, чтобы быть активным и хорошо функционировать на следующий день, лучше принять снотворное, чем иметь бессонную ночь (плохо спать).

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12. Когда в течение дня я чувствую себя раздражительным, вялым или подавленным, это главным образом потому, что я плохо спал предыдущей ночью.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Так как мой партнер засыпает сразу после того, как ложится в постель, и спит всю ночь, я должен быть в состоянии делать то же самое.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Я предполагаю, что бессонница, прежде всего, — следствие старения, и почти ничего невозможно с этим поделать.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. Иногда я боюсь, что могу умереть во сне.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Когда я одну ночь сплю хорошо, заранее знаю, что я за это дорого заплачу следующей ночью (что я буду плохо спать).

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Когда я какую-то ночь плохо сплю, я знаю, что это нарушит режим сна на всю следующую неделю.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Если я ночью плохо высыпаюсь, я плохо функционирую на следующий день.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Никогда не знаю заранее, буду хорошо спать или плохо.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. У меня есть всего несколько вариантов, что сделать, чтобы смягчить последствия плохого сна.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. Когда я чувствую себя усталым, неэнергичным или просто не в состоянии нормально функционировать, это, в основном, потому, что прошлой ночью я плохо спал.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. Ночью мне приходят в голову разные мысли, и я чувствую, что у меня нет над ними никакого контроля.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Я думаю, что, несмотря на мои проблемы со сном, я все еще в состоянии вести полноценную жизнь.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. Я думаю, что бессонница, в основном, вызвана некоторым гормональным нарушением.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

25. Я думаю, что бессонница нарушает мою способность наслаждаться жизнью и не позволяет мне делать то, что я хочу.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

26. Немного алкоголя перед сном — хорошее решение для проблем с бессонницей.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

27. Медицинские препараты, вероятно, являются единственным решением проблем со сном.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

28. Мой сон постоянно ухудшается, и я не верю в то, что мне кто-то может помочь.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

29. Если я плохо сплю, это значительно ухудшает мой внешний вид.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

30. Я избегаю обязанностей или нарушаю свои обязательства (общественные, семейные), если я предыдущей ночью плохо спал.

Полностью не согласен										Полностью согласен
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 3 — Дневник сна

Имя:									
Дата									
Я принял лекарства (какие, сколько)									
В кровать я лег в (ч)									
Свет я погасил в (ч)									
Я предполагаю, что заснул через (мин, ч)									

Ночью я проснулся (сколько раз)									
Я не спал (сколько мин)									
В последний раз я проснулся в (ч)									
С кровати я встал в (ч)									
После пробуждения я чувствовал себя 1 — уставшим, 5 — полностью отдохнувшим									
Свой сон я в целом, оцениваю, как 1 — некачественный, неглубокий до 5 — глубокий, качественный									
Общее время сна (ч и мин)									
Эффективность сна									

8.7. КБТ шизофрении

Петр Можны, Филипп Шпаниель, Мабэл Родригез, Иржи Хорачек, Ян Прашко

8.7.1. Описание шизофрении

Шизофрения — тяжелое психотическое расстройство, характеризующееся значительными нарушениями в области мышления (как формального, так и содержательного), восприятия, эмоций, поведения и когнитивных функций.

Причина шизофрении неизвестна. В настоящее время нет ни одного доказательства того, что шизофрения заболевание, в рамках которого под разными симптомами скрывается общий, до настоящего времени не открытый, психопатологический процесс, или это понятие включает больше нозологических единиц, которые отличаются, как своим этиопатогенезом, так и своими клиническими симптомами, развитием, реакцией на лечение и прогнозом. Проще говоря, до настоящего времени с уверенностью неизвестно, существует ли «эта» шизофрения, или «эти» шизофрении. По этой причине, в настоящее время, в терапии ориентируются в первую очередь на усилия по снижению или устранению отдельных симптомов, посредством которых проявляется шизофрения, а не на этиологическое лечение этого заболевания.

В теории многие авторы признают, что о шизофрении необходимо писать во множественном числе, но большинство профессиональных текстов, тем не менее, использует единственное число. В последующем изложении термин будет употребляться подобным образом.

Шизофрения — психическое расстройство, которое чаще всего протекает хроническим образом и, как правило, приносит индивиду значительное существенное нарушение не только в области психического здоровья, но в социальной и профессиональной областях.

8.7.1.1. Клинические проявления шизофрении

Клинические проявления шизофренического заболевания состоят в общей сложности из трех симптоматических измерений:

а) **продуктивных симптомов** (бред, галлюцинации, иллюзии, аффективные колебания нарушение поведения);

б) **негативных симптомов** (понижение эмоциональности и аффекта, эмоциональная и социальная отчужденность, оскудение речи, абулия, ангедония, нарушение абстрактного мышления);

в) **когнитивных симптомов** (нарушение рабочей памяти, внимания, исполнительных функций, речи и моторики).

Описанная картина — общая проекция симптомов, способных развиваться в разных направлениях, которая у человека может по-разному меняться в течение заболевания.

8.7.1.2. Диагноз шизофрении

Основные диагностические ориентиры для установления диагноза шизофрении приведены в Международной классификации болезней, 10-го пересмотра, МКБ-10:

Для большинства эпизодов психотического заболевания продолжительностью, по меньшей мере, один мес., должна присутствовать хотя бы одна из следующих характеристик:

1. Эхо мыслей (звучание собственных мыслей), вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей окружающим;
2. Бред овладения, воздействия, или пассивности, отчётливо относящийся к телу или конечностям, мыслям, действиям, или ощущениям; бредовое восприятие;
3. Галлюцинаторные голоса, комментирующие или обсуждающие поведение больного, другие типы голосов, идущих из различных частей тела;
4. Устойчивые бредовые идеи, которые культурно неадекватны, нелепы, невозможны и/ или грандиозны по содержанию (например, способность контролировать погоду или быть в контакте с пришельцами из другого мира);

или две из следующих характеристик:

1. Стойкие галлюцинации любой сферы, сопровождающиеся лабильным или не полностью сформированным бредом, но без выраженного аффекта, либо постоянные, навязчивые сверхценные идеи;
2. неологизмы, шперрунги, результат которых — бессвязность или разорванность речи;
3. кататонические проявления, такие как, возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;
4. негативные симптомы: явная апатия, оскудение речи и плоские или несоответствующие эмоциональные реакции (должно быть точно определено, что речь не идет о последствии депрессии, или лечении с помощью нейролептиков);
5. значительные и заметные качественные изменения в личном поведении: потеря интереса, бесцельность, бездействие, потеря отношений с окружающими людьми и социальная изоляция.

8.7.1.3. Эпидемиология шизофрении

Результаты крупных эпидемиологических исследований указывают распространенность заболевания 1—1,5 % независимо от расы, пола и культуры. Хотя распространенность заболеваемости у мужчин и женщин одинаковая, некоторые отличия появляются в среднем возрасте типичной заболеваемости шизофренией: среди мужчин это 15—25 лет, у женщин 25—35 лет.

8.7.1.4. Этиопатогенетические факторы шизофрении

Как уже упоминалось выше, причина возникновения шизофрении до сих пор неизвестна, а также не существует общей модели, которая объясняла бы причины и взаимосвязи признаков для всех типов шизофрении. В рамках модели КБТ чаще всего используется модель Зубина и Спринга (1977) (см. рисунок 8.37.), которая предполагает, что «уязвимость» (ориг. вульнерабильность) по отношению к заболеванию шизофренией наследственная и имеет генетическую основу. В результате негативных последствий влияния со стороны окружающей среды, обобщенных под термином «стресс» (точнее «дистресс»), врожденно уязвимый индивид, по сути, не в состоянии справляться с требованиями повседневной жизни и самостоятельно функционировать — у него появляются признаки нарушения психических процессов: чувственные галлюцинации, нарушения в ассоциациях, бредовые убеждения, неподходящие эмоции и странное поведение. Будет ли развитие шизофрении благоприятным или неблагоприятным зависит от других факторов, как защитных, так и вредных,

8.7.1.5. Дифференциальная диагностика и коморбидность шизофрении

Перед окончательным установлением диагноза шизофрении, необходимо исключить психотические состояния токсической и органической этиологии, т. е. последствия употребления психоактивных веществ, первичного заболевания головного мозга или соматического заболевания.

Клиническое обследование и анамнез помогут отличить шизофрению от других функциональных психозов, таких как: острое полиморфное психотическое расстройство (продолжительность действия симптомов, их изменчивость), расстройства настроения с психотическими симптомами, шизоаффективное расстройство, расстройство с присутствием бреда или шизотипическое расстройство.

Существенная коморбидность у пациентов с шизофренией. В частности, речь идет о злоупотреблении веществами, вызывающими зависимость (особенно алкоголя и сигарет), а также и употребление наркотиков. У пациентов, страдающих шизофренией, низкий уровень рождаемости и репродуктивной функции. При шизофрении отмечена более высокая смертность в результате несчастных случаев и естественных причин, которая, возможно, объясняется сложной диагностикой и лечением этой группы населения.

Рис. 8.37. Модель шизофрении «уязвимость — стресс» (Zubin и Spring, 1977)

8.7.1.6. Развитие шизофрении

Заболевание обычно предвещает продромальный период различной продолжительности (изменения в поведении, смена интересов, социальная изоляция, снижение работоспособности, раздражительность). После острого эпизода, следующий эпизод достаточно переменный: большинство случаев (84 %) характеризуются повторным возникновением заболевания, у части в промежуточном периоде без дефектов (32 %), или же со стабильным, либо усугубляющимся дефектом особенно в области когнитивных функций (43 %). Лишь у небольшого количества пациентов (16 %) происходит полное выздоровление после одного эпизода шизофренического заболевания (Watt и др., 1983).

8.7.2. История применения психотерапии при шизофрении

Попытки применения **динамической психотерапии** для шизофреников осуществлялись с начала 20 в., хотя создатель психоанализа З. Фрейд был убежден, что применить психоанализ у этих больных не представляется возможным. В первой половине 20-го в. были сделаны попытки повлиять на шизофрению посредством различных динамических психотерапевтических подходов, например, кроме классического психоанализа и с помощью юнгианского анализа, дазайн-анализа — и хотя эти направления часто указывали на интересные теоретические объяснения психотических симптомов и признаков, в области терапевтической эффективности они, в целом, не были успешными.

Бихевиоральная терапия развивалась в клинической практике с 60-х гг. 20-го в., и первоначально ее достижения проявились при лечении фобий, социальной тревожности, расстройств поведения у детей и умственно отсталых индивидов, навязчивых расстройств и др. Среди первых, кто успешно применили принципы оперантного обусловливания у людей, страдающих шизофренией, были Аилон и Азрин (1968), которые с помощью метода, так называемой, «Жетонной системы» (оригинальное название — token economy) смогли повлиять на поведение пациентов, страдающих хронической шизофренией в закрытых психиатрических отделениях. Об этой терапевтической программе необходимо рассказать подробнее.

В 70-е гг. 20-го в. произошло создание других бихевиоральных учебных программ, которые были направлены на применение полученных навыков в повседневной жизни. Это были как индивидуальные, так и групповые программы, направленные на развитие и подкрепление индивидуальных навыков, например, улучшение ухода за собой (мытье, одевание, прием пищи), так и более расширенные целевые программы по обучению социальным навыкам (способность первому начать разговор, попросить другого человека о чем-либо, найти себе друзей и работу, решать свои вопросы в различных государственных организациях и т.д.). Полностью проработанная программа обучения социальным навыкам была составлена во второй половине 70-х гг. коллективом во главе с Р.П. Либерманом (Liberman, DeRisi, Mueser, 1989). Далее эта терапевтическая программа описывается более подробно.

Другой областью успешного применения когнитивно-бихевиоральных методов при лечении шизофрении стала в 80-е гг. 20-го в. семейная терапия шизофрении. Программа семейной терапии шизофрении была создана на основании исследования, так называемых, выраженных эмоциях (orig. expressed emotions) (Vaughn и Leff, 1985), которое показало, насколько значительно влияние семейных отношений на развитие шизофрении. По этой причине данная программа семейной терапии шизофрении сосредоточена на том, как помочь семье создать атмосферу спокойного совместного проживания, и как справляться со стрессовыми событиями таким образом, чтобы они повлияли на пациента в минимальной степени. Эффективность этих программ семейной терапии продемонстрировали Фэйлун (1994), Тарриэр и Бэйроуклау (1992).

В 90-е гг. 20-го в. в области психотерапии шизофрении стали применять методы когнитивной терапии, оказывающие влияние на продуктивные симптомы шизофрении — в частности, слуховые галлюцинации и бред. Программа «улучшения управления симптомами» (org. coping strategy enhancement, CSE) Бирчвуда и Тарриэра (1992), КБТ шизофрении Кингдона и Туркнингтона (1994), когнитивная терапия бреда и галлюцинаций Чедвика, Бирчвуда и Тровэра (1996), или комплексная КБТ шизофрении Фоулера, Гарэти и Квиперс (1995) показали, что с помощью использования структурированных когнитивно-бихевиоральных методов можно смягчить интенсивность продуктивных психотических симптомов и их влияния на психологическое состояние пациентов. Эти терапевтические программы будут описаны ниже.

Другие терапевтические программы ориентированы на воздействие на когнитивный дефицит у пациентов, страдающих шизофренией, так называемые, про-

граммы когнитивной реабилитации, направленные на улучшение внимания и дифференциации раздражителей. Результат этого направления в области психотерапии психозов — создание швейцарской программы «Интегрированная психотерапевтическая программа для больных шизофренией» (ИППШ) авторов Родера, Бреннера, Киенсли и Ходел (1993).

В настоящее время ситуация такова, что существуют доказанные эффективные бихевиоральные и когнитивно-бихевиорально ориентированные программы для больных шизофренией, которые имеют форму индивидуальной, групповой или семейной терапии, программы для хронических долговременно госпитализированных больных и амбулаторных пациентов, проживающих со своей семьей или отдельно. Ни один другой психотерапевтический подход в области шизофрении не может сравниться с данными программами, если речь идет об их проработке и доказанной эффективности.

8.7.3. Эффективность психотерапии при шизофрении

При оценке эффективности психотерапевтических и психосоциальных подходов при лечении и реабилитации психозов (в основном шизофрении) было проведено несколько десятков исследований. Далее представлены выводы нескольких результатов метаанализа.

Пять рандомизированных контролируемых исследований показали отсутствие или минимальную эффективность долгосрочной индивидуальной динамической психотерапии (обзор Fenton и Cole, 1996). Таким образом, она не может быть рекомендована для лечения шизофрении, а некоторые авторы считают ее даже противопоказанной к применению (Mueser и Berenbaum, 1990). С другой стороны, был описан ряд примеров, в соответствии с которыми, в отдельных случаях, динамическая психотерапия может оказать пациенту значительную помощь (May и др. 1981; Gunderson и др. 1984).

Мета-анализ Мусера и Беренбаума с 1990 г. подвел итоги 4 контролируемых исследований со следующими выводами:

1. Психодинамическая терапия не показала никакого положительного эффекта ни сама по себе, ни в комбинации с фармацевтическими препаратами (под вопросом остается возможная «токсичность» динамической психотерапии для некоторых индивидов);
2. Рациональная психотерапия более эффективна, чем динамическая психотерапия, если контролировать частоту повторных госпитализаций и улучшение социальной и рабочей адаптации. Оба подхода не отличаются друг от друга в снижении психотических симптомов. В исследованиях отсутствует контрольная группа людей, не проходивших лечение.

В крупном мета-анализе, состоящем из 31 контролируемых исследований (всего был включен 2161 пациент) Вундерлиха (1996) сравнивалась эффективность различных психосоциальных вмешательств при лечении пациентов, которые одновременно принимали антипсихотические препараты. В этом случае использовалась групповая когнитивная психотерапия, бихевиоральное обучение социальным навыкам, семейное психообразование, социальная терапия и психоаналитическое лечение. Наилучшие результаты были достигнуты с помощью ког-

нитивной групповой терапии и семейного психообразования, худшие результаты показала психоаналитическая терапия:

Таблица 8.23. Мета-анализ эффективности психотерапевтических подходов, комбинированных с медикаментозным лечением — сравнение с самостоятельным медикаментозным лечением (Wunderlich и др., 1996)

Терапевтический метод	Эффективность %		
	R	улучшения в экспериментальной группе (медицинские препараты и специфическая психосоциальная интервенция)	улучшения в контрольной группе (медицинские препараты и клиническое лечение)
Групповая когнитивная терапия	0,28	64	36
Обучение социальным навыкам	0,20	60	20
Психообразовательная семейная терапия	0,28	64	36
Социальная терапия	0,12	56	44
Психоаналитическое лечение	0,08	54	46

R = уровень эффективности, измененный в корреляцию

Карпентер (1996) подвел итоги 14 контролируемых исследований, в которых исследовалось влияние семейной терапии, и обнаружил, что частота рецидивов у пациентов с интервенцией составляет 6—23 %, в то время, как у пациентов, получавших лишь медикаментозное лечение, только 40—53 %.

Питшел-Вальц (2001) подвел итоги 25 исследований, направленных на психообразование семей больных шизофренией. Эффект семейного психообразования привел к снижению частоты рецидивов на 20 % по сравнению с контрольными группами, если психообразование продолжалось дольше, чем 3 мес.

Ректор и Бек (2001) подвели итоги 7 рандомизированных контролируемых исследований, направленных на когнитивную терапию бреда и галлюцинаций. Согласно их выводам, когнитивная терапия существенно повлияла не только на продуктивную, но и на негативную симптомологию хронических больных, страдающих шизофренией.

Результаты других исследований, изучающих эффективность когнитивных и бихевиоральных терапевтических программ шизофрении, указаны в описании данных отдельных программ.

8.7.4. КБТ обследование при шизофрении

8.7.4.1. Способы и содержание обследования

Обследования различаются в зависимости от того, какой тип терапевтической программы предлагается пациенту. Обследование проводится с помощью:

1. **разговора с пациентом** — уделяется особое внимание, как оценке его способности к сотрудничеству и пониманию, так и его текущим потребностям и проблемам;
2. **оценочной шкалы**, например, PAS (Psychiatric Assessment Scale), PSE (Present State Examination);

3. **наблюдение за поведением** пациента в определенном периоде времени (например, во время сеанса);
4. **разговора с родственниками** — описание нынешнего поведения пациента и их отношение к нему.

Работая с некоторыми пациентами, также можно использовать самооценивающие записи: шкала ассертивности Рэйтгуса или запись собственных негативных мыслей.

Так как заболевание шизофренией включает целый комплекс проблем, при обследовании необходимо сосредоточиться на целом ряде потенциальных проблемных областей, а не только на определении психотических симптомов. Для выявления и оценки тяжести психопатологических симптомов — психотических и непсихотических — можно использовать анкеты и шкалы, такие как BPRS и PANSS.

В дополнение к подтверждению наличия или отсутствия психотических симптомов необходимо оценить и индивидуальную степень выраженности проявления психотических симптомов. При слуховых галлюцинациях оцениваются такие аспекты: частота, длительность, размещение (в голове или снаружи), форма (звуки, слова), громкость, ясность, управляемость со стороны пациента, количество голосов (один или несколько), убеждение относительно происхождения голосов и их власти над пациентом, содержание (негативные или позитивные, говорят ли они с пациентом или говорят о нем), эмоции, связанные с ними, нарушают ли они нормальную жизнь пациента и его поведение. На основе различения степени выраженности описанных выше проявлений, можно лучше отслеживать изменения в различных аспектах симптомов во время терапии.

Далее выявляются переменные, которые приводят к возникновению и поддержанию симптомов — т. е., в каких ситуациях появляются психотические симптомы, какими стимулами они вызваны (возбудители) и к каким непосредственным и долгосрочным последствиям они приводят. При этом оцениваются не только негативные, но и возможные позитивные последствия.

Кроме обследования положительных и отрицательных психотических симптомов, необходимо исследовать и другие важные области жизни пациента до начала терапевтических мероприятий.

Области, которые должны быть исследованы и приняты во внимание при планировании КБТ шизофрении (Haddock, Tarrier, 1998):

Психологические проблемы:

Нарушенное, замедленное или паралогическое мышление; Сложности установления причинно-следственных связей; Нарушение внимания;Повышенная чувствительность к социальным стрессорам и социальной интеракции; Трудности при обработке социальных стимулов и соответствующей реакции;Пониженная эмоциональность;Повышенная раздражительность и нарушение контроля возбудимости; Повышенная чувствительность к жизненными событиям и стрессу;Высокий риск самоубийства; Стигматизация; Риск депрессии и высокий уровень безнадежности; Высокий риск злоупотребления наркотическими веще-

ствами и алкоголем; Психологические проблемы в подростковом или среднем возрасте, нарушающие нормальные процессы развития.

Психосоциальные проблемы: Повышенная чувствительность пациента к семейной атмосфере и социальным отношениям; Риск того, что пациент может стать жертвой или виновником насилия;

Возможность интеграции индивидуальной и семейной КБТ.

Социальные вопросы:Условия социальной депривации; Плохие жилищные условия; Снижение по социальной лестнице;Безработица и трудности в поиске работы;Отсутствие социального круга друзей;Психиатрический диагноз предотвращает использование социальных ресурсов.

На основании первоначального осмотра необходимо собрать следующую информацию о пациенте:

1. Основная демографическая информация — возраст, пол, образование, профессия, семейное положение, количество детей;
2. Семейные отношения — отношения с близкими людьми, отношения в более широком родстве.
3. Социальные проблемы, такие как, поддержка, жилье, правовые проблемы;
4. Симптомы и психическое состояние, например, тревога, депрессия;
5. Детальное многоаспектное обследование симптомов (см. выше);
6. Когнитивно-бихевиоральный анализ отдельных симптомов: возбуждающие стимулы и контекст каждого симптома с его аффективными, бихевиоральными, физиологическими и когнитивными последствиями, как пациент справляется с этими переживаниями;
7. Другая важная информация, полученная в ходе обследования и во время терапии: интересы, сильные стороны, навыки и способности пациента;
8. Мнение пациента о его проблемах: имеют ли они для него какое-либо положительное значение; создать общее понимание переживаний пациента, которые являются основой взаимных отношений между пациентом и терапевтом.

8.7.4.2. Список проблем

На основе приведенной выше информации, необходимо совместно с пациентом разработать общий список текущих проблем пациента, которые должны быть сформулированы его собственными словами. Затем, эти проблемы распределяются по срочности, принимая во внимание следующее:

а) опасность, актуальность и риск;

б) готовность пациента работать над проблемой;

в) степень стресса, которая представляет проблему для пациента;

г) мотивация пациента;

д) основные темы.

Целесообразно начать с проблемы, которая может быть решена.

8.7.4.3. Формулировка проблемы

Точная формулировка основных проблем пациента должна включать симптомы, ключевые познания, аффект, поведение и убеждения. Формулировка проблемы должна быть создана в сотрудничестве с пациентом, необходимо использовать его собственные слова, представить ее в качестве изложения и фиксирования

полученной информации в качестве предварительного объяснения, а не окончательного описания.

Важно, чтобы пациенту была ясна формулировка проблемы, и поэтому она представляется не только устно, но и в письменной форме, в случае необходимости — в виде диаграммы.

Уточнение формулировки

Формулировку проблемы необходимо уточнять и изменять в сотрудничестве с пациентом во время обследования и лечения. Она служит в качестве профессионального объяснения проблем пациента и в качестве основы для позитивных изменений. Терапевтические вмешательства должны предоставить новую информацию для поддержания формулировки. Терапевту необходимо разрабатывать с пациентом домашние задания, направленные на проверку формулировки, учитывая, что произошло в период между сеансами. Данным действием уточняется формулировка проблемы и, одновременно, повышается мотивация пациента для достижения изменений.

8.7.5. Применение КБТ при шизофрении

Подробно опишем несколько примеров проверенных эффективных бихевиоральных, когнитивных и когнитивно-бихевиоральных терапевтических программ для шизофрении.

8.7.5.1. Терапевтические программы «жетонной системы», оказывающие влияние на поведение хронически больных шизофренией.

Первые эффективные терапевтические программы, возникшие в 60-х гг. 20-го в., были ориентированы на внешнее поведение больных, страдающих хронической шизофренией, госпитализированных в течение длительного времени в психиатрических больницах. Эти программы были ориентированы не на индивида, или на выбранную группу пациентов, а на всех пациентов соответствующей группы. Целью было создание четких терапевтических правил, которые могли бы помочь больным этой группы реже совершать нежелательное поведение: взаимное нападение, самовредительство, либо повреждение вещей в отделении, и развить желаемое поведение: возросшая забота о себе, забота о порядке в отделении, а также взаимное уважение и сотрудничество.

Эти бихевиоральные терапевтические программы были основаны на теории оперантного обусловливания (Skinner, 1953). Больше всего распространилась терапевтическая программа, так называемой «Жетонной системы» (orig. token economy), которую в своей работе описали Айлон и Азрин (1968). Эта программа была основана на тщательном наблюдении за поведением пациентов, анализе, в каких ситуациях появляется нежелательное поведение (некогерентный монолог, вербальная или физическая агрессия по отношению ко всему окружающему, самоповреждение), или недостатки в желательном поведении (забота о собственной одежде, чистоте и порядке), и к каким прямым последствиям это нежелательное поведение может привести: к повышенному вниманию или заботе со стороны персонала, уступкам со стороны других пациентов. Пациентов систематически

награждали, если они проявляли желательное поведение или пытались снизить частоту возникновения нежелательного поведения, в то время как их неадекватному поведению было уделено гораздо меньше внимания. Награды были в виде жетонов, с наличием которых пациенты имели право выходить на прогулки, могли менять их на сигареты или продукты в местном буфете.

Оказалось, что на это систематическое награждение желательного поведения реагируют и пациенты с глубоко нарушенной психикой, с постоянными галлюцинациями и бредом, которые, казалось бы, не обращают никакого внимания на окружающую обстановку. В отделении, где была применена эта терапевтическая программа, произошло снижение взаимной агрессии, как между пациентами, так и по отношению к медицинскому персоналу. Уменьшилось количество открытых проявлений психотического поведения: громкие выкрикивания, разговоры с голосами, и повысился уровень самостоятельного ухода за собой в области одежды, чистоты и порядка.

Другие исследования показали, что основной причиной изменений в поведении хронических шизофреников являются не только жетоны, но, в первую очередь, повышенный уровень взаимодействия между медицинским персоналом и пациентами, которые вели себя желательным образом, и похвала, предоставленная вместе с жетонами.

Слабым местом этих программ было то, что изменения, достигнутые в рамках психиатрического отделения, не переносились в другую среду — после перевода больных в другое отделение, или после их возвращения в домашнюю обстановку, пациенты быстро возвращались к своему первоначальному способу поведения. Даже в пределах того же самого отделения, после завершения программы систематического применения жетонной системы, достигнутые позитивные изменения не сохранились.

На практике стало ясно, что качественное применение программы «Жетонной системы» очень затруднительно для медицинского персонала и требует, чтобы отдельные члены терапевтической команды применяли одинаковые правила на протяжении всей программы лечения. Это приводило к значительному снижению эффективности данного метода, когда в отделении происходила смена медицинского персонала и первоначальная восторженная атмосфера исчезала, а награждение посредством жетонов становилось механическим процессом. По указанным причинам этот раньше весьма популярный и достаточно эффективный метод постепенно перестал применяться в более широком масштабе (Hall и Barker, 1973).

8.7.5.2. Обучение социальным навыкам

Эта комплексная терапевтическая программа была в 70-х гг. прошлого века разработана американским психиатром Либерманом и его коллегами (Liberman, DeRisi, и Mueser, 1989). За основу была взята вышеуказанная модель Зубина и Спринга (1977), в соответствии с которой, на развитие шизофрении влияет как врожденная уязвимость к этому психическому расстройству, так и воздействие окружающей среды — так называемая модель «уязвимость — стресс». Согласно этой гипотезе, люди с шизофренией чрезмерно чувствительны к стрессу, и, в связи с воздействием стресса, их психическое состояние ухудшается, что приводит

к острому рецидиву психотических симптомов, как положительных, так и отрицательных. Социальные навыки, т.е. навыки, применяемые в межличностных отношениях, могут существенно влиять на уровень стресса, которому пациент подвергается в повседневной жизни. Либерман предполагал, что если социальные навыки пациента улучшатся путем систематических тренировок, то пациент будет реже испытывать стресс, и, таким образом, произойдет улучшение, как в области психотических симптомов, так и общего качества жизни пациента.

Обучение социальным навыкам пациентов, страдающих шизофренией, в первую очередь, направлено на улучшение их способности общаться с другими людьми, решать проблемы в межличностных отношениях, высказывать свои пожелания и удовлетворять свои эмоциональные потребности. Таким образом, обучение социальным навыкам не направлено на излечение шизофрении, или воздействие на острые психотические симптомы — бреда и галлюцинаций. Для этого служит сопутствующая фармакотерапия.

Люди, страдающие шизофренией, часто имеют недостаточные социальные навыки. Это происходит потому, что, либо они по причине раннего начала развития заболевания были не способны научиться соответствующему поведению, либо их социальные навыки в результате острых психотических симптомов ухудшились, или же их продолжительное хроническое психотическое расстройство привело к социальной изоляции, по причине которой они прекратили использовать эти навыки и забыли их.

Обучение социальным навыкам, как правило, проводится амбулаторно в открытой группе, которая состоит из 4—8 пациентов, с участием одного или двух терапевтов. Один сеанс обучения продолжается 45—90 мин, проводится 1 или 2 занятия в неделю. Вся программа обучения длится 3—6 мес., но при необходимости, пациенты могут приходить в группу на данный сеанс в течение всего года. В нем участвуют пациенты, которые уже не находятся в острой шизофренической фазе психоза и способны достаточным образом сконцентрироваться и сотрудничать с терапевтом и с другими участниками группы.

Обучение социальным навыкам основано на знаниях теории научения и предусматривает, что пациенты в результате психотических симптомов имеют нарушенную способность сосредоточивать и концентрировать свое внимание, помнить и понимать. Таким образом, весь процесс лечения и индивидуальные сеансы имеют четко определенную структуру для того, чтобы пациенты знали, что им ожидать. В период между сеансами пациенты, в качестве домашних заданий, в естественных условиях своего обитания выполняют упражнения, которые они освоили, и рассказывают на следующих сеансах о своих результатах.

Основными практикуемыми навыками являются:

1. Способность правильно воспринимать и понимать;
2. Сообщение позитивной информации (оценка);
3. Инициирование, поддержание и прекращение коротких разговоров;
4. Выражение негативных эмоций адекватным способом;
5. Самоутверждение (защита своих собственных прав, отказ от необоснованных требований);
6. Способность найти компромиссное решение;

7. Обучение решению конкретных проблем отдельных пациентов в их нынешних жизненных обстоятельствах.

Основные методы, которые используются при обучении социальным навыкам: обучение поведению в форме ролевого проигрывания, формирование и моделирование желаемого поведения через подражание, подсказывание и систематическое подкрепление достигнутого результата. Терапевт или другой член группы часто служит моделью правильного поведения, терапевт и вся группа обеспечивают обратную связь, признание и поддержку пациентам в их усилиях.

В рамках комплексной программы обучения социальным навыкам, Либерман и коллеги (1987) создали серию модулей, сосредоточенных на отдельных областях социальных навыков. Например, в модуле коммуникативных навыков пациенты акцентируют свое внимание на собственном вербальном и невербальном поведении при разговоре с другими людьми, репетируют подходящее начало и окончание разговора, как спросить у других людей интересующую информацию, попросить о помощи, как их похвалить, как правильно выразить критику, как принять похвалу и как адекватно реагировать на критику. Другие модули сосредоточены на практике решения проблем, распознавании тревожных признаков рецидива, на том, как справиться с побочными эффектами лекарств, как создавать дружеские отношения и на поиске подходящего проведения досуга, на поиске работы.

Эффективность обучения социальным навыкам рассматривалась в ряде исследований. Некоторые исследования (Marder и др., 1996) показали, что ОСН значительно улучшает социальные навыки, однако, имеет лишь небольшое влияние на предотвращение рецидива. В соответствии с другим исследованием (Schooler и Keith, 1993) ОСН приводит к улучшению социальной адаптации, к объективной оценке и повышению самооценки. Бентон и Шредер (1990) в своем мета-анализе, состоящем из 4-х сравнительных исследований описали незначительный терапевтический эффект ОСН в отношении редукции психопатологии. В исследовании Хогарти (1991) было установлено, что обучение психосоциальным навыкам значительно снижает частоту повторной госпитализации в течение одного года. Корриган (1991) в своем обзоре девяти исследований пришел к выводу, что эффект ОСН очевиден, но освоенные социальные навыки не в полной мере заменяют неадекватное поведение психотических больных. Тарриер (1993) установил, что освоенные психосоциальные навыки приводят к снижению беспокойства, особенно в социальных ситуациях, а также улучшают общую оценку психиатрических симптомов значительнее, чем поддерживающая психотерапия. В соответствии с Хогарти (1991), проблема ОСН в том, что улучшения могут быть зафиксированы в период около 1 года после завершения терапии, а после 2-х лет его эффект постепенно исчезает (Hogarty и др., 1991). На основании мета-аналитического исследования было установлено, что эффект переноса освоенных способов поведения в повседневную жизнь умеренный (Benton и Schroeder, 1990) или средний (Corrigan, 1991), с учетом того, что методологический и клинический уровень их исходных исследований разный (Halford и Hayes, 1991). Другие исследования показали, что пациенты могут на практике использовать освоенные социальные навыки, особенно в тех случаях, которые похожи на освоенные ситуации (Donahoe и Driesenga, 1988), и что в практическую жизнь лучше передаются простые навы-

ки (например, моторное поведение), чем сложные виды поведения (Wallace и др., 1980). В недавнем исследовании Либерман (1998) сравнивал эффективность обучения социальным навыкам с эффективностью систематической активной терапии у больных с затяжными психотическими симптомами. Данное исследование показало, что пациенты, которые участвовали в систематическом 6-месячном интенсивном обучении социальным навыкам, были в состоянии в течение следующих 18 мес. после завершения терапевтической программы, применить эти социальные навыки в повседневной жизни, были социально лучше адаптированы и смогли жить более независимо, чем пациенты из контрольной группы, которые прошли аналогичную интенсивную программу, включающую активную терапию, арт-терапевтические группы и развлекательные мероприятия.

8.7.5.3. Когнитивно-бихевиоральная терапия острых психотических симптомов — бреда и галлюцинаций

В конце 80-х гг. 20-го в. появились первые попытки повлиять на продуктивные симптомы шизофрении посредством психотерапии, т. е., на бред и галлюцинации, о которых раньше предполагалось, что их можно лечить только с помощью психотропных препаратов. К этому привело несколько причин:

а) у части людей, страдающих шизофренией, продолжали появляться галлюцинации и бред, несмотря на то, что они длительное время принимали психотропные препараты;

б) у ряда шизофреников было негативное отношение к психотропным препаратам, и их готовность принимать их долгое время была невелика;

в) у пациентов, которые были готовы принимать психотропные препараты, эти препараты вызвали множество побочных эффектов, из которых наиболее серьезным оказался злокачественный нейролептический синдром и поздняя дискинезия;

г) несмотря на регулярный прием лекарств и хорошее сотрудничество, у многих пациентов повторно появлялись рецидивы острых психотических симптомов.

Несколько групп когнитивных и бихевиоральных психологов, в основном из Великобритании (Bentall, Slade, Kingdon, Turkington, Tarrier, Fowler и др.) выразили недовольство по поводу одностороннего фармакологического подхода для лечения острых психотических симптомов, и на конференции в Ливерпуле в июне 1991 года сформулировали основные принципы нового подхода для психотерапии острого психоза:

1. Необходимо признать, что с точки зрения пациентов, психотические симптомы имеют определенный смысл и играют в их жизни важную роль;
2. Необходимо выслушать пациентов и попытаться понять смысл их психотических симптомов и проблем;
3. Важно развивать и совершенствовать психологические методы лечения пациентов, которые страдают от постоянных и неприятных психотических симптомов;
4. Эффективность этих методов необходимо проверить с научной точки зрения, чтобы они могли стать частью общего лечения шизофрении.

Эти эксперты в своей работе сфокусировались на управлении, смягчении и удалении отдельных психотических симптомов, а не на лечении шизофрении. Цель

этого терапевтического подхода заключается не в том, чтобы вылечить больных шизофренией, но, прежде всего, чтобы облегчить их страдания, повысить их самооценку и улучшить качество их жизни. Снижение влияния психотических симптомов на жизнь пациента — лишь средство для достижения этих целей. Исходя из этого, можно наилучшим образом строить терапевтические отношения, так как эти цели являются желательными для пациента, без предварительного признания того, что он больной, что для многих психотических больных совершенно недопустимо.

Фоулер, Гарети и Квиперс (1995) указывают, что процесс КБТ шизофрении можно разделить на следующие этапы:

1 этап: Создание и установление терапевтических отношений

Терапия начинается с сосредоточения на создании и подкреплении терапевтических отношений, основанных на взаимном доверии и сотрудничестве. На данном этапе следует узнать у пациента необходимые данные относительно его текущих симптомов, трудностей и проблем, их возникновении и развитии.

2 этап: Обучение методам, позволяющим лучше управлять психотическими симптомами

Терапевт советует пациентам, какими подходящими методами они могут облегчить его переживания, вызванные негативным влиянием актуальных психотических симптомов, и обучает их методам снижения стресса. Речь идет о таких методах как: само-инструктаж, отвлечение внимания, участие в какой-либо деятельности, релаксация и т.д. Цель состоит в том, чтобы найти такие реакции на сложные психотические симптомы, которые снижают их воздействие на психику пациента, и их систематическое применение.

3 этап: Создание общей модели возникновения и поддержания психических расстройств (болезни)

Терапевт в сотрудничестве с пациентом ищет наиболее подходящую модель, объясняющую его трудности. Как правило, основывается на модели «врожденной психологической уязвимости к стрессу» и стремится нормализовать проблемы пациента в свете его жизненной истории. Цель состоит в облегчении чувства неспособности, самообвинения, растерянности и гнева пациента и поддержании его адаптивного поведения приемом медицинских препаратов, избеганием стрессовых ситуаций, постановкой реальных задач.

4 этап: Оспаривание бредовых убеждений, а также убеждений в отношении голосов и других симптомов

На данном этапе терапевт сосредотачивается на конкретных психотических симптомах пациента и предлагает ему другие, менее стрессовые для него объяснения, либо пытается объяснить ему болезненное происхождение его симптомов. Об этих методах будет рассказано более подробно.

5 этап: Оспаривание основных дисфункциональных убеждений (схем) о самом себе и о других людях

На данном этапе, терапевт фокусируется на выявлении основной негативной самооценки пациента, на понимании ее происхождения, ее оспаривании и замене на менее негативные схемы.

6 этап: Обеспечение новых способов решения проблем, самостоятельности пациента

На данном этапе терапевт уделяет внимание подкреплению позитивных изменений, достигнутых в ходе терапии. Направляет пациента к самостоятельному решению своих проблем и симптомов, и после прекращения терапии обсуждает с ним его краткосрочные и долгосрочные цели, а также создает планы, как пациент должен реагировать на ухудшение признаков и угрожающий рецидив.

КБТ шизофрении обычно занимает 20—30 сеансов в течение 12 или более мес. Первые 6 мес. сеансы проводятся один или 2 раза в неделю, причем сеансы длятся более короткое время. Следующие 3 мес. сеансы проходят раз в 2 недели, а 6 следующих мес. — раз в мес.

1) Когнитивно-бихевиоральная терапия бреда

Одними из первых, кто занимались психотерапией бреда, были Кингдон и Туркингтон (1994). Эти авторы предполагают, что классическая концепция бреда, согласно которой бредовые убеждения не могут быть изменены с помощью психологических средств, т. е., что обсуждение с пациентом его бредовых убеждений в лучшем случае бесполезно, а в худшем, вредно, — ошибочна.

Наоборот, они утверждают, что обсуждение с пациентом его бредовых убеждений и обстоятельств, при которых они возникли, и предложение альтернативных объяснений развития психотических симптомов — ключевой шаг в лечении бреда. При этом они указали основные предпосылки для успешной психотерапии бреда:

1. эмпатическое, чуткое, теплое, открытое и безоговорочно принимающее отношение терапевта;
2. опыт работы с психотическими пациентами и знание психотических симптомов;
3. точное словесное выражение и последовательность проявления. Важно не противостоять и не оспаривать переживания пациента в вербальной или невербальной форме. Ко всем утверждениям пациента терапевт должен относиться не предвзято, а как к возможности, которая должна быть рассмотрена совместно. Если пациент утверждает, что где-то в его квартире спрятано прослушивающее устройство, терапевт не должен говорить, что тот неправ, но спросить его, на каком основании он так думает;
4. согласиться с тем, что терапевт и пациент могут расходиться во мнениях. Когда пациент настаивает на своем определенном утверждении, терапевт должен принять это в качестве его мнения, на которое он имеет право. С другой стороны, пациента следует направлять к признанию того, что терапевт так же имеет право на свое собственное мнение, которое отличается от мнения пациента;
5. уметь тактически отступить. Когда пациента слишком беспокоит определенная тема, будет целесообразно, если терапевт отступит от этой темы и успокоит пациента, сказав ему, что к этой теме можно вернуться позже;
6. быть в состоянии принять поток психотического материала. Особенно вначале, терапевт часто бывает поражен количеством непонятных психотических симптомов, которые он не понимает. Ему необходимо сосредоточить свое

внимание на постепенном анализе и понимании этих симптомов и не поддаваться отчаянию;

7. основываться на когнитивной модели психики. С помощью использования письменных материалов и конкретных примеров терапевт постепенно объясняет пациенту, как его эмоции и поведение вызываются его же мыслями и интерпретацией данной ситуации. Так как мысли и интерпретация могут быть изменены, можно изменить и чувства, а также действия в данной ситуации. В процессе терапии пациент должен осознать, что свои мнения можно критически рассматривать как гипотезы, которые в конкретном случае могут не быть правдой. Поскольку все могут ошибаться, необходимо совместно с пациентом рассмотреть вопрос о другой возможной оценке, и, возможно, другая оценка ситуации или самого себя приведет к тому, что пациент будет чувствовать себя лучше.

Чтобы понять содержание бреда, следует сосредоточиться на периоде его формирования. Вопросы должны быть заданы очень корректно, потому что часто они касаются очень болезненных тем.

В дополнение к информации о событиях и времени возникновения бреда необходимо также изучать отношения, ценности и устремления пациента в этот период — его, так называемые, когнитивные схемы — потому что формирование бреда часто связано с угрозой значимым жизненным ценностям пациента (как в случае пациента, которой был убежден, что им управляют через спутник).

Во время терапии пациент должен постепенно прийти к следующим выводам:

1) он в состоянии признать, что бредовое убеждение — это его мнение, а не бесспорный факт; 2) он осознает, что это убеждение — реакция на определенные события в его жизни и выражение усилий придать им смысл;
3) он понимает, что его бредовые убеждения вызывают в нем эмоциональные и другие жизненные переживания;
4) он осознает, что существуют и другие возможные объяснения, которые придают смысл его жизненному опыту и которые, в то же время, не вызывают в нем таких эмоциональных и жизненных проблем.

Процесс КБТ бредовых убеждений

Обследование

При рассмотрении бреда, для начала необходимо идентифицировать проблемные ситуации и негативные эмоциональные бихевиоральные реакции, которые пациент при этом испытывает. Собрав достаточное количество информации о провоцирующих стимулах и реакциях пациента, терапевт начинает исследовать его мысли, интерпретацию и оценку ситуации.

При рассмотрении бредового мышления, сначала рассматриваются конкретные толкования в определенных ситуациях, а немного позже оцениваются темы, которые составляют основу соответствующего бреда. При этом, как правило, не используется термин «шизофрения» и «бред», но бредовое убеждение пациента воспринимается, как его мнение, и эти взгляды не рассматриваются в качестве признака психического заболевания. Это может привести к нарушению терапевтических отношений и прекращению терапии со стороны пациента.

Рассмотрение провоцирующих событий

Тип событий, которые вызывают бредовые мысли, часто указывают на психологическую уязвимость пациента в области автономии, связи с другими людьми, Я-концепции. В ходе расследования данных провоцирующих стимулов и ситуаций следует соблюдать правила:

1. Необходимо, чтобы пациент сосредоточился на описании конкретного события, которое вызвало в нем эмоциональный дискомфорт и бредовые мысли. Это событие может быть как внешним, так и внутренним (голоса, чувство контроля, физические симптомы);
2. Необходимо определить, какие ситуации не вызывают у пациента бредовое мышление, так как это знание позволяет облегчить бредовое мышление в рамках терапии.

При определении инициирующих стимулов следует помнить, что часто бред — попытка найти смысл чрезвычайно стрессовых событий и переживаний, например, голосов, чувства контроля на расстоянии и т.д. Эти психические переживания пациент воспринимает в качестве доказательств достоверности бредовых объяснений. Частью КБТ бреда является поиск других возможных объяснений этих переживаний.

Исследование эмоций и поведения пациента

Эмоции. Необходимо уделить особое внимание и выяснить, какие именно чувства испытывает пациент в конкретной ситуации (тревога, депрессия, гнев), попросить его записывать эти эмоции и определять их интенсивность на простой шкале (например, 0—4).

Поведение. Измерение поведения, связанного с бредом, более сложное, чем измерение эмоций. Открытое поведение, вызванное бредом, происходит нерегулярно и может отличаться. Следует спросить пациента, чем именно из-за своих бредовых убеждений он не занимается, и чем занимался бы, если перестал бы верить своему заблуждению.

Исследование бредовых убеждений

Бред — сложное убеждение, которое имеет много измерений. Основные дименсии:

Убедительность: насколько пациент уверен в истинности своего бреда (0—100 %). При рассмотрении убедительности терапевт должен избежать следующей ошибки: говорить пациенту, что верит или не верит его бредовому мышлению. Следует проявить открытость и приложить усилия, чтобы прояснить ситуацию: «Вы в это, безусловно, верите, но я пока не знаю. Возможно вы правы, но также можете ошибаться, потому что каждый человек способен ошибаться. Вместе мы постараемся выяснить, как это обстоит на самом деле».

Исследование бреда: Сколько часов в день пациент думает о своем бредовом убеждений. Предел раздумий над бредом виден на простой шкале, например, «На прошлой неделе я думал о своем убеждении, что...» 0 — нет, 1 — 2—4 раза, 2 — каждый день, 3 — много раз каждый день.

Формирование бреда. Мы не можем предполагать, что пациент знает обо всех влияниях, которые внесли свой вклад в формирование его бредовых убеждений. Необходимо выяснить, в какое время появилось бредовое убеждение, появилось

ли оно сразу, или на разных этапах и какие важные события повлияли на это возникновение. Часто обнаруживается, что формированию бреда предшествовало какое-либо травматическое событие, которое вызвало чувство личной уязвимости, неадекватности, чувство вины и т.д.

Доказательства. Узнаем, какие из событий прошлого поддерживают обоснованность бреда, а также спрашиваем, случилось ли что-нибудь, что противоречит действительности бреда. Пациенты почти никогда спонтанно не указывают каких-либо событий, которые ставили бы под сомнение их бред — наоборот, в качестве доказательства обоснованности бреда, они сообщают о тех событиях, которые никаким образом не поддерживают их бредовые мысли.

Методы КБТ бредовых убеждений

1. Вопросы о менее важных составляющих бреда

Терапевт не оспаривает непосредственно основную часть бреда, но с помощью вопросов направляет пациента к осознанию противоречий в своих бредовых убеждениях, а также к возникновению у пациента сомнений по поводу менее важных частей бреда — например, не сразу оспаривает его убеждение, что за ним следят, но ставит под сомнение количество, намерения и силу тех, кто за ним наблюдает.

2. Поиск альтернативных объяснений

Терапевт совместно с пациентом рассматривает вопрос о том, возможно ли иначе интерпретировать факты, которые пациент использует в поддержку своих бредовых убеждений. В этом случае, терапевт должен действовать очень осторожно, чтобы не навязывать пациенту свои объяснения, а просто предлагать ему другие возможности.

3. Тестирование реальности

Терапевт просит пациента, чтобы тот в своей повседневной жизни записывал все конкретные факты, которые поддерживают его бредовые убеждения. Затем они совместно рассматривают эти факты и обсуждают, насколько они в действительности подтверждают бредовые убеждения пациента и существуют ли другие возможности их объяснения.

4. Исследование эмоционального значения бреда

Бредовое убеждение часто ассоциируется с сильными эмоциями: страхом, гневом, злостью, депрессией и беспомощностью. Когда терапевт сосредоточится на изучении и смягчении этих эмоций с помощью методов когнитивной реструктуризации, постепенной экспозиции, систематического решения проблем и т.д., часто смягчаются и последствия бредовых убеждений в жизни пациента.

5. Рассмотрение и изменение когнитивных схем, связанных с бредом

В процессе терапии постепенно раскрываются когнитивные схемы (основные убеждения о себе, других людях и об окружающем мире), которые создают основу для возникновения бреда, которая часто связанна с самооценкой пациента и с посягательством на его важные личные ценности. Затем терапевт и пациент совместно рассматривают эти темы и пытаются изменить их с помощью Сократического разговора, когнитивной реструктуризации и бихевиоральных экспериментов, направленных на повышение уверенности пациента в себе.

Индивидуальная терапия бредовых убеждений может быть объединена с другими когнитивно-бихевиоральными программами: обучением социальным навыкам, практикой по решению проблем, семейной терапией и т.д.

2) Когнитивно-бихевиоральная терапия слуховых галлюцинаций

Бред в рамках когнитивно-бихевиорального анализа рассматривается в качестве когнитивных процессов, а слуховые галлюцинации — «голоса» — считаются возбудителями. Эти возбудители, вызывают у пациента последующие когнитивные процессы — пациент каким-либо образом оценивает свои голоса, думает о них, занимает по отношению к ним определенную позицию, и это приводит к определенной эмоциональной реакции и внешнему поведению пациента.

Цель КБТ заключается в смягчении негативного влияния «голосов» на жизнь пациента посредством изменения своего отношения к ним — он перестанет верить в них, проверит, что они никак не смогут ему повредить и управлять им, и, таким образом, изменится его дальнейшее поведение и эмоции, вызванные этими «голосами».

Экспертиза голосов

Данная экспертиза проводится подобным образом, как экспертиза бреда, — устанавливается, в каких ситуациях появляются голоса, каково их содержание, как часто они происходят, какие эмоции они вызывают у пациента и посредством какого поведения он реагирует на них. Пациент делает записи о появлении голосов, и в случае необходимости, записывает данную информацию на аудиокассету или диктофон.

Методы когнитивной терапии слуховых галлюцинаций

Были рассмотрены 2 подхода, направленные на смягчение воздействия слуховых галлюцинаций на психику пациента. При первом подходе пациент учился отвлекать свое внимание от голосов, при втором — обращать внимание на голоса и активно управлять эффектом от их воздействия на свою психику.

1. Отвлечение внимания от галлюцинаций:

- с помощью аудиоплеера: пациент может слушать музыку и голосовые программы каждый раз, когда услышит голоса. Затем, пациент оценивает, в какой степени это прослушивание повлияло на голоса — от их полного исчезновения до отсутствия влияния;
- с помощью чтения, разговора, подсчетов про себя, решения кроссвордов и т.д.: пациент получает задание читать вслух, а затем про себя, выполнять простые подсчеты (например, вычитать цифру семь), называть предметы в помещении и их свойства, разгадывать кроссворды, начать говорить с кем-то другим и т.д. После этого пациент снова оценивает влияние голосов;
- с помощью планирования соответствующей деятельности: После определения, какие виды деятельности лучше всего помогают пациенту снизить влияние голосов, терапевт с пациентом планирует, как увеличить сферу этой деятельности в его жизни.

2. Обращение внимания на галлюцинации.

При этом подходе пациенты должны тщательным образом замечать свои голоса и постепенно рассматривать индивидуальные аспекты их проявлений. Перво-

начально пациент сосредотачивается на их свойствах: количестве голосов, громкости, тоне, акценте, локализации. Только после этого он начинает записывать точное содержание своих голосов. На следующем этапе терапии пациент записывает свои собственные мысли, связанные с голосами, — т. е., те, которые предшествовали голосам, и те, которые реагировали на них, а также эмоции, которые у него вызывают голоса: депрессию, гнев, страх. Наконец, пациент с помощью терапевта пытается определить смысл голосов в жизни пациента, т. е., какой смысл им придает пациент.

3. Рассмотрение и оценка значения галлюцинаций

При рассмотрении значения голосов было установлено, что в самой большей степени не сами голоса приводят пациентов в стрессовое состояние, а эмоции, мысли и чувства, связанные с ними.

Поэтому в заключительной фазе терапии терапевт с пациентом направляет внимание на рассмотрение вопросов: правильно ли пациент оценивает возникающие у него голоса и есть ли какие-либо другие возможные объяснения, существуют ли доказательства, оспаривающие имеющуюся оценку голосов. На данном этапе терапии пациент учится не поддаваться этим голосам, а реагировать на них более спокойно, не повиноваться, а игнорировать их. Вербальное оспаривание, как правило, дополняется бихевиоральными экспериментами, в которых пациент действует против голосов, чтобы убедиться, что они не являются настолько всесильными, как он думал раньше.

Эффективность описанных когнитивно-бихевиоральных методов была рассмотрена в ряде исследований. Друри (1996) сравнивал группу молодых нехронических пациентов с шизофренией с флоридной симптоматикой, которые во время госпитализации прошли программу КБТ, с контрольной группой. Пациенты в группе с КБТ осуществили следующие виды лечебных мероприятий:

1. Индивидуальная когнитивная терапия, ориентированная на изучение и оспаривание обоснованности своих бредовых мыслей;
2. Групповая когнитивная терапия, направленная на взаимное обсуждение бредовых мыслей между пациентами и поиск альтернативных объяснений. Терапевт направлял пациентов, чтобы они научились распознавать симптомы психоза и приняли их, как часть своего жизненного опыта;
3. Семейные сеансы — 1 или 2 сеанса с близкими людьми, направленные на объяснение терапевтического подхода, предоставление информации о психозе и советов о том, как реагировать на бредовые утверждения пациента и его возможное несоответствующее поведение;
4. Активная терапия, направленная на повышение способности самопомощи, социальных навыков и на рекреационные мероприятия.

Терапии 1 и 2 были посвящены в среднем 3 часа в неделю, терапии 4 было посвящено в среднем 5 часов в неделю. Контрольная группа пациентов прошла одинаковое количество часов терапии, направленной на активные виды деятельности: прослушивание музыки, совместные прогулки по городу, поддерживающая психотерапия, направленная на выслушивание забот и проблем пациентов. Программа лечения длилась 12 недель. Обе группы пациентов на протяжении всего процесса лечения в дополнение принимали и психофармацевтические препараты.

У всех наблюдаемых пациентов произошло значительное снижение продуктивных симптомов. У пациентов из группы КБТ снижение симптомов произошло значительно быстрее, чем у пациентов контрольной группы. Эта разница была установлена уже после 7 недель и сохранилась после 12 недель. Это значит, что у пациентов из группы КБТ произошло значительное снижение частоты галлюцинаций и интенсивности бредовых мыслей, чем у пациентов из контрольной группы. При обследовании через 9 месяцев после прекращения терапии, было установлено, что сохраняется существенное различие между двумя группами пациентов — большинство пациентов из группы лечения оказалось полностью свободно от психотических симптомов, и лишь у одного пациента не произошло никакого улучшения. Авторы пришли к выводу, что КБТ, направленная на работу с острыми психотическими симптомами, т. е. бредом и галлюцинациями, эффективна и в случае нехронических психотических пациентов, снижение продуктивных симптомов происходит быстрее и достигнутые улучшения сохраняются в течение нескольких месяцев после прекращения терапии.

В другом исследовании Гарети (1997) 60 больных с продуктивными психотическими симптомами, которые реагировали на антипсихотическое медикаментозное лечение, разделили на группу, в которой 9 месяцев проводилось лечение посредством индивидуальной КБТ, и на контрольную группу со стандартным психиатрическим лечением. Терапия проводилась в амбулаторных условиях, как правило, в клинике, но иногда и у пациентов на дому. Первые 3 месяца КБТ проводилась 1 раз в неделю, затем 1 раз в 14 дней, сеанс длился около часа. Первоначально терапевты сосредоточились на создании доверительных отношений с пациентом и на исследовании его проблемы. Затем они совместно создали индивидуальный план лечения, направленный на помощь в его конкретной ситуации. Терапевты направляли пациентов к систематическому применению различных бихевиоральных и когнитивных методов: релаксации для снижения напряженности, обучению социальным навыкам для решения межличностных проблем, планированию ежедневных мероприятий, отвлечению внимания от галлюцинаций, оспариванию бредовых убеждений, исследованию значимости галлюцинаций и бреда, определению последствий, когда пациент будет вести себя иначе. На основании детального рассмотрения биографии пациента терапевт пытается определить его ключевые дисфункциональные когнитивные схемы, например, негативную самооценку, и сосредоточиться на их оспаривании.

После 9 мес. лечения у пациентов из группы КБТ острые психотические симптомы значительно смягчились, в сравнении с пациентами из контрольной группы. У 6 пациентов из группы КБТ существенно улучшилось состояние, у остальных 8 пациентов, очевидно, состояние также улучшилось в меньшей степени, т. е. половина пациентов достигли клинически значимого улучшения состояния. У 1 пациента произошло ухудшение состояния. В контрольной группе у 1 пациента значительно улучшилось состояние и у 9 пациентов также произошло определенное улучшение, т. е., у трети пациентов состояние улучшилось. У 3 пациентов из контрольной группы произошло ухудшение состояния, один пациент покончил жизнь самоубийством.

При рассмотрении эффекта терапии после 9 мес. после ее окончания оказалось, что у пациентов из группы КБТ достигнутое улучшение не только сохранилось, но еще произошел небольшой, статистически незначительный прогресс. В большей степени снизился дискомфорт, вызванный бредовым убеждением и частота галлюцинаций. Разница в достигнутом улучшении состояния между группой пациентов, проходивших КБТ, и контрольной группой пациентов стала значительно заметнее после 9 месяцев лечения.

Экономический анализ затрат на лечение в течение 18 мес. показал, что более высокие затраты, произведенные в течение первых 9 мес. на интенсивное лечение у пациентов из группы КБТ, привели к снижению затрат на их лечение в последующие 9 мес., так что общая экономическая сумма затрат на лечение в обеих группах пациентов была в течение 9 мес. схожей.

Применение когнитивно-бихевиорального подхода при лечении хронических психотических симптомов будет показано на следующем примере:
«Мужчина, которым управляли через спутник» (Kingdon, Turkington, 1994)

Б. 57-летний мужчина, который был госпитализирован после того, как его задержала полиция. Оказалось, что Б. последние 3 года жил в ржавой будке на окраине одной фермы и 10 лет до этого был бездомным. На этот раз Б. очень разозлился, когда дети с соседней фермы подкинули к его двери какие-то овощи. Он разбил несколько окон на ферме, после чего был арестован полицией. При допросе он вел себя враждебно (хотя не был агрессивен), был истощен (от недоедания), грязный, неряшливый — у него были немытые седые волосы и серая растрепанная борода. Говорил он нормальным тоном, его мышление было упорядоченным. Было заметно, что он беспокойный, напряженный, а иногда и сердитый. Он страдал от параноидального бреда, что существует определенный спутник, который отбирает мысли у людей с высоким интеллектом и вызывает у них различные неприятные ощущения, такие как головная боль и боли в животе, нарушает их сон, навязывает им некоторые идеи и даже заставляет их выполнять конкретные действия. Виновником разбитых окон на ферме — спутник, потому что именно из-за него Б. был так разгневан. Иногда г-н Б. слышал, как разговаривают люди, которые управляют спутником — они говорили такие вещи, как «этот убогий неудачник», или «мы можем сделать с ним все, что захотим». Кроме того, иногда он слышал гудение и свист, которые также приписывал спутнику.

Из анамнеза: *рождение и раннее развитие было нормальным, у Б. было счастливое детство, он не страдал невротическими расстройствами. Был довольно застенчивым, но всегда имел хороших друзей. Его успеваемость в школе была выше среднего и в возрасте 17 лет он окончил школу с очень хорошими оценками. Затем он переехал жить в Австралию, где окончил медицинский институт, а потом, в течение 3 лет работал в фармацевтической фирме. В то время на фирме появилась вакантная должность управляющего, и Б. очень старался, чтобы получить это место (он очень интенсивно работал и учился по ночам). Это место, однако, Б. не получил, что его очень расстроило. После этого Б. начал страдать от параноидального бреда, что «все коллеги действуют против него и подкидывают ему в чай какой-то наркотик».*

Потом появилось бредовое убеждение о существовании спутника и слуховые галлюцинации. Б. был госпитализирован в течение 4-х месяцев, и после выхода из больницы вернулся в Англию. Здесь он в течение 10 лет был бездомным, без всякого лечения. Он не принимал наркотики и не пил алкоголь. Никогда не имел никаких отношений и отрицал свою гомосексуальную ориентацию.

После его поступления на лечение ему был поставлен диагноз параноидальная шизофрения, назначен хлорпромазин 400 мг/ день и предложена психотерапия.

Изначально г-н Б. отказывался встречаться с терапевтом, но в конечном итоге согласился встретиться и на первом сеансе стал жаловаться на плохой сон, слуховые галлюцинации, головные боли и боли в желудке (которые он приписывал влиянию спутника). В разговоре он признал, что в последнее время у него присутствует сильный стресс (из-за спутника), что его боли в животе и головные боли напоминают боли от голодания, и, следовательно, они не обязательно вызваны спутником. Он был удивлен, когда услышал от терапевта, что если у кого-то давно нарушен сон, он может слышать галлюцинации, после чего Б. согласился принимать медицинские препараты, которые могли бы улучшить его сон. На следующем сеансе терапевт с г-ном Б. обсудили обстоятельства, при которых возникло его убеждение, что им управляют через спутник. Оказалось, что в то время Б. очень мало спал и был убежден в том, что был самым лучшим кандидатом на повышение. При обсуждении качеств других кандидатов он, однако, признал, что все они были хорошими профессионалами, и выбор между ними был, вероятно, трудным. Он признал, что в то время очень сильно уставал, что и послужило причиной его нервного срыва, при котором он начал думать, что другие вступили в заговор против него и насыпали ему в чай наркотики. В конечном итоге, г-н Б. напрямую спросил терапевта, верит ли тот в существование его спутника. Когда терапевт предположил, что спутник может также являться результатом нервного срыва, г-н Б. покинул сеанс. В последующие дни Б. был более напряженным, поэтому терапевт перестал исследовать его бредовые мысли и сосредоточился на снижении его стресса. Для начала терапевт научил его мышечной релаксации. После 3 сеансов терапевт снова вернулся к теме спутника и попросил г-на Б. собрать факты, свидетельствующие о его существовании. Г-н Б. начал вести ежедневные записи, в которых описывал свой опыт этого влияния. На следующем сеансе терапевт выяснял более подробную информацию о том, каким способом спутник работает и что при этом больше всего мешает пациенту. Оказалось, что г-н Б. иногда может противостоять воздействию спутника — например, начинает с кем-либо разговаривать. Кроме того, ряд событий, которые он приписывает спутнику, могут быть с легкостью объяснены иначе — например, звук вентилятора в отделении. Терапевт постепенно узнал, что г-н Б. труднее всего переносит тот факт, что ему не удалось добиться успеха в своей профессии, которого он очень сильно желал. Он был убежден, что другим способом не сможет заслужить признание, дружбу и уважение своих коллег. Он хотел быть знаменитым, успешным, и чтобы все им восхищались. В своей неудаче он винил

влияние спутника. Терапевт попросил его сосредоточиться на достижении успешных результатов в своей обычной, повседневной деятельности — пациент вел запись, чем занимался каждый день, и затем, вместе с терапевтом оценивал, насколько он был успешным. Они начали планировать более сложные мероприятия — уход за собой, чтение и др.

После 6 месяцев г-на Б. выписали, и он стал проживать в психиатрическом интернате. Здесь он жил около года, не принимал никаких медицинских препаратов и больше не упоминал о влиянии спутника. Спустя некоторое время г-н Б. с помощью социального работника нашел отдельное жилье в небольшом доме на окраине города, где один проживает уже больше года. После лечения в его поведении не было замечено какие-либо странных проявлений.

8.7.5.4. Когнитивная реабилитация

Шизофрения часто ассоциируется с проявлениями нейрокогнитивных нарушений разной степени, которые существенно влияют на социальное функционирование пациента. Когнитивный дефицит (особенно в области внимания, памяти и исполнительных функций) в настоящее время, как специалистами, так и пациентами рассматривается в качестве важного патологического проявления шизофренического заболевания. Внимание врачей и исследователей в последние годы смещается от простого констатирования дефицита к усилиям, направленным на его изменение. При попытках оказания фармакологического воздействия неоднократно были установлены положительные эффекты антипсихотических препаратов второго поколения (так называемые, атипичные нейролептики) при когнитивных нарушениях при шизофрении (Harvey и Keefe, 2001). Влияние фармацевтических препаратов на фактический дефицит ограничено. Повлиять и укрепить нейрокогнитивные и нейрофизиологические процессы в определенной степени можно с помощью некоторых бихевиоральных методов, таких как мониторинг, моделирование, обратная связь и т.д.

Еще один надежный способ, посредством которого можно положительно повлиять на когнитивное нарушение — фактическое восстановление (реабилитация), а также, восстановление когнитивных функций с помощью нейропсихологических программ, используемых в неврологических отделениях. Когнитивное восстановление (реабилитация) предполагает постоянное улучшение, как при развитии новых навыков, так и при терапии нарушенных функций, или облегчении спонтанного излечения. Реабилитация отличается от восстановления тем, что не всегда имеет в качестве цели излечение, а, скорее имеет поддерживающую функцию. Ее цель состоит в достижении максимальной независимости больных с использованием минимальных поддерживающих средств. Реабилитация поддерживает восстановление, общая цель заключается в достижении постоянного улучшения нарушенных областей и оказании поддержки в действующих проблемных сферах. (Wykes, 2000). В последнее десятилетие были разработаны программы, направленные, с одной стороны, на устранение когнитивного дефицита в рамках общей реабилитации (клинические программы), и, с другой стороны, индивидуальные программы, ориентированные только на когнитивное восстановление (в особенности исследовательские программы). Хотя результаты исследований, рассматривающие эффективность изменения когнитивных функций, по-прежнему

являются неясными, после когнитивного обучения при шизофрении с использованием методов визуализации были описаны и конкретные изменения деятельности головного мозга, например, улучшенный региональный кровоток (Wykes, 1998; Penades и др., 1999; Wexler и др., 2000). В дополнение к положительному опыту неврологии теоретическую основу обеспечивают и новые знания о нейропластичности головного мозга.

В соответствии с установленными целями, можно попытаться восстановить, либо компенсировать когнитивные функции. Затем необходимо рассмотреть вопрос о том, на что хотим повлиять тем или иным способом. Некоторые программы нацелены специально на обучение одной когнитивной функции, например, вниманию (Silverstein и др., 2001), другие видят преимущество в комбинации трудотерапии и когнитивного восстановления (Bell и др., 2001). Если пациент имеет серьезные недостатки в одной области, например, во внимании, тогда, в первую очередь, следует направить интервенцию на эту область. Если дефицит выступает в качестве генерализованного, необходимо рассмотреть вопрос о комплексном восстановлении. Следует отметить, что в случае когнитивного дефицита при шизофрении, как правило, происходит нарушение внимания и исполнительной функции. При любом методе в интервенцию всегда должны быть включены упражнения, которые будут укреплять обе эти функции.

Оказалось, что показателем хорошей реинтеграции в общество может стать вербальная память. Для ее укрепления принцип безошибочного обучения наиболее эффективен («errorless learning»). Исполнительные функции, в свою очередь, хорошо коррелируют с выполнением повседневной деятельности. При обучении исполнительным функциям можно применить процедурный подход, безошибочное обучение и целевое подкрепление. Внимание также важно для улучшения социальных контактов, решения проблем и практических навыков. Здесь уместно моделирование, подкрепление и классическое обусловливание. Векслер (2000) установил, что с помощью тренировки вербальной памяти можно не только повысить производительность в тестах вербальной памяти, но также повлиять на результаты, полученные за счет использования методов нейровизуализации головного мозга. Обучение, однако, не оказало влияния на невербальную память. На основании этих результатов можно сделать вывод, что если будет установлен дефицит и в невербальной составляющей памяти, ее также будет необходимо тренировать.

Восстановление когнитивных нарушений и подбор метода, используемого для восстановления, должны стать частью комплексной программы реабилитации, в которую, среди прочего, включена фармакотерапия, психообразование и остальные терапевтические интервенции. При когнитивной реабилитации следует также соблюдать одинаковые общие принципы — например, как при фармакотерапии: более высокая интенсивность вначале, поддерживающие интервенции на отдаленных этапах и т.д. Реабилитационные программы часто используют для повышения эффективности бихевиоральные методы: принцип подкрепления обучения, моделирование, обратная связь и др. Кроме классических методов когнитивной реабилитации с помощью карандаша и бумаги, либо посредством групповых игр, в последнее время на первый план выходит возможность восстановления с использованием компьютерных программ (Burda и др., 1994; Olbrich

1996; Cooper, 1999). Они применяются в качестве отдельного метода, или как часть комплексного подхода, который использует компьютерные технологии в сочетании с методом карандаш/ бумага и обучением социальным навыкам. Сдвиг в когнитивной реабилитации также происходит посредством способа обучения. В случае механических тренировок, неспецифических инструкций и дидактическом подходе применяются более эффективные методы, такие как безошибочное обучение («errorless learning») и постепенное обучение («scaffolding»). Именно последовательная нагрузка кажется самым подходящим вариантом для когнитивной ремедиации больных, страдающих шизофренией (Wykes, 2000).

Более сложные программы включают комбинированную реабилитацию основных когнитивных функций (память, внимание, исполнительные функции) и социальных когниций, или сочетают технику карандаш/ бумага и компьютерные программы вместе с индивидуальным и групповым подходом. Наиболее проработанную программу комплексной когнитивной реабилитации для шизофрении создали швейцарские авторы в психиатрической клинике в Цюрихе и назвали ее Интегративной психологической программой для больных шизофренией — IPT (Brenner, Roder, Kienzle, Hodel, 1988; на чешском 1993).

Теоретически эта программа основана на гипотезе, что в связи с тем, что шизофрения затрагивает широкий спектр психических функций в разной степени, терапевтическая программа, направленная на купирование продуктивных симптомов и профилактику рецидивов должна иметь мультимодальный характер, а также включать в себя фармакотерапию, сотрудничество с семьей и социотерапию.

IPT (ИПП) состоит из 5 подпрограмм с постепенным увеличением сложности. Индивидуальные подпрограммы IPT фокусируются на устранении различных нарушений при шизофрении. Первые 2 подпрограммы предназначены для пациентов с выраженными нарушениями при хронической шизофрении, и их цель заключается в улучшении их когнитивных способностей, следующие 3 подпрограммы предназначены для пациентов в лучшем состоянии, и их цель — улучшение коммуникационных и социальных навыков пациентов, а также способности решать проблемы.

Подпрограмма 1. Когнитивная дифференциация

Эта подпрограмма используется для обнаружения и изменения базовых когнитивных нарушений, которые происходят при шизофрении, и которые проявляются в виде проблем со вниманием, распознаванием раздражителей по их значению и несоответствующего объединения стимулов. Цель состоит в том, чтобы научить пациентов лучше воспринимать, различать и классифицировать простые внешние раздражители. Подпрограмма имеет 3 вида обучения:

а) упражнения с картами, которые пациенты раскладывают в зависимости от конкретных символов;

б) словесные понятия, которые пациенты объединяют в понятия, синонимы и антонимы, объединяют или разделяют слова на основании идентичных свойств;

в) поиск загаданного объекта с использованием вопросов к членам группы, которые могут отвечать только «да» или «нет».

Подпрограмма 2. Социальное восприятие

Эта подпрограмма используется для обнаружения и устранения дефектов в способности правильно воспринимать и понимать социальные ситуации. Пациентам показываются слайды, демонстрирующие различные социальные ситуации как эмоционально нейтральные: люди в ресторане, в магазине, семейный обед, сидящая на скамейке пара и т.д., так и эмоционально заряженные: ссора двух людей, плачущая женщина, футболист после того, как забил гол и т.д. Группа дискутирует об увиденном на слайдах и описывает изображение (кто, где, что он делает, с кем), стремится найти интерпретацию, смысл сцены (что было до этого события, после него, как чувствуют себя участники, почему они это делают), и, наконец, вместе придумывают заголовок для этой сцены.

Подпрограмма 3. Вербальные коммуникации

Эта подпрограмма предназначена для выявления и улучшения способности воспринимать вербальную коммуникацию и адекватно вербально выражаться. Она состоит из пяти этапов:

а) дословное повторение предложений (разной длины);
б) повторение смысла предложения своими словами;
в) вопросы и ответы на конкретную тему — группа выбирает тему, собирает определенное количество слов на данную тему, затем каждый пациент задает другому участнику вопрос, содержащий конкретное слово, и тот отвечает на этот вопрос;
г) 1 или 2 члена группы подготавливают доклад по определенной теме (например, содержание статьи в газете), другие участники, затем задают ему вопросы;
е) свободное общение — группа свободно говорит на конкретную тему, например, о статье в газете, обсуждает короткий рассказ или пословицу.

Подпрограмма 4. Социальные навыки

Данная программа служит для разработки основных социальных навыков, таких как способность поблагодарить, похвалить, информировать, отказаться от запроса, извиниться и т.д. В этой подпрограмме используются стандартные сценки, которые совместно репетирует вся группа пациентов. Обучение проходит в 2 этапа:

а) когнитивная обработка — терапевт описывает навык, группа определяет цель навыка и создает возможный диалог между участниками, определяет существующие потенциальные проблемы и пути их решения;

б) собственное исполнение (ролевое проигрывание) — сначала терапевт продемонстрирует сценку с любым пациентом, группа дает обратную связь, и пациенты затем проигрывают эту сценку один за другим, причем другие члены группы оценивают участников сценки и предлагают свои варианты по улучшению.

Сценки бывают различных уровней сложности — от простого вопроса «Который час?», до сложных сцен, типа «Собеседование при приеме на работу». Проблемой может быть некоторая «искусственность» сцен и то, что их репетируют все пациенты, хотя их отработка может принести выгоду лишь некоторым.

Подпрограмма 5. Решение межличностных проблем

В данной подпрограмме отдельные пациенты в присутствии группы решают свои непосредственные жизненные проблемы. Действуют пациенты следующим образом: выбранный пациент рассказывает о своей проблеме, группа задает ему дополнительные вопросы и выражает поддержку, а затем, происходит структурированное решение проблем в соответствии с Голдфридом и Д'Зурилли: проблема определена, члены группы посредством «мозгового штурма» (brainstorming) предлагают различные варианты решения, затем обсуждают преимущества и недостатки каждого предлагаемого решения и, наконец, выбирают наиболее подходящий выход из ситуации. Группа планирует конкретные шаги для осуществления выбранного решения, в случае необходимости, пациент может выбранное решение протестировать в виде сценки. В качестве домашнего задания пациент должен применить выбранное решение проблемы в реальной ситуации, и доложить группе о своем успехе или неудаче на следующем сеансе.

На данном этапе терапевт выступает в качестве консультанта, но значительную часть инициативы оставляет группе. По данной причине, эта подпрограмма гораздо менее структурирована.

ИПП, по мнению Бреннера, приводит к значительному улучшению способности пациентов в области решения когнитивных задач, улучшение внимания, повышению способности к абстракции и к общей словесной готовности (Brenner и др., 1992). Долгосрочное поддержание результатов ИПП до настоящего времени не полностью выяснено и сам Бреннер приводит эти выводы на основании лишь одного исследования (Brenner и др., 1992).

Следующая, хорошо разработанная программа КБТ — CET «Cognitive Enhancement Therapy» (Hogarty и Flesher, 1999). CET в целях реабилитации использует комбинацию интерактивного компьютерного программного обеспечения совместно с групповым социальным обучением. В Чешской Республике в основном используется комплексная программа ИПП реабилитации в психотерапевтической клинике Eset Прага. В дневном санатории «Над Ондреевем» (Прага) проводится как индивидуальный, так и групповой тренинг когнитивных функций. Новый вариант когнитивной реабилитации, комбинирующий компьютерные программы и форму карандаш/ бумага, применяется в Психиатрическом Центре Прага (Rodriguez и др., 2002).

В настоящее время по данной работе проводится исследовательский проект, рассматривающий возможности исправления когнитивного дефицита у больных, страдающих шизофренией с использованием комбинированного подхода (компьютер и карандаш/ бумага). Компьютерное обучение заключается во введении программы Брэйси — PSS CogReHab. С помощью этой программы можно тренировать когнитивные функции, начиная от обучения концентрации внимания и исполнительных навыков через визуальные пространственные задачи памяти и до комплексного решения проблем. Брэйси подчеркивает способ обработки информации при реабилитации. Поэтому все работы требуют внимания и участия исполнительных функций. Обучение концентрации внимания начинается с воздействия на визуальные и звуковые раздражители, постепенно добавляя обучение чередованию внимания, например, задача реагировать правой кнопкой

мыши на появление синего квадрата, а на красный квадрат — реагировать левой кнопкой мыши. Существует также обучение визуальной дифференциации. При заданиях, направленных на тренировку памяти, акцент делается на оперативную память человека, однако, в эти упражнения включены задачи, направленные на визуальную, невербальную пространственную оперативную память. В отделе, где тренируется способность решать проблемы, можно найти задания, похожие на тест сортирования карт Висконсина и Лондонской (Ханойской) башни.

Для того чтобы оценить, является ли восстановление (реабилитация) когнитивных функций действительно эффективным, необходимо предварительно определить его цели. Это позволит избежать сомнений в том, на что, на самом деле, оказывается влияние. Реабилитация должна иметь те же правила, как и остальные терапевтические вмешательства в отношении продолжительности и частоты сеансов. Частота сеансов важна для того, чтобы максимизировать процесс обучения. Ситуация осложняется тем фактом, что дефицит влияет на различные когнитивные функции и некоторые формы дефицита могут быть лишь последствием действующей симптоматики. По этой причине целесообразно начать реабилитацию лишь после устранения острого состояния, принимая во внимание действие побочных эффектов от приема медицинских препаратов.

Основная цель когнитивной и общей реабилитации, также, как и всех терапевтических вмешательств, — обеспечение способности применения освоенных навыков в повседневной жизни. Процесс применения на практике освоенных когнитивных навыков рассматривается на 3 уровнях: способен ли пациент применить приобретенные навыки в ситуации подобного типа; сможет ли он эти навыки применить в некоторых иных ситуациях; будет ли пациент в состоянии применить приобретенные навыки в повседневной жизни (Preiss и др., 1998). Улучшение, следующее после восстановления когнитивных функций, как правило, проявляется посредством повышенной социальной производительности и облегчения некоторых симптомов.

Существенный фактор, влияющий на итоговую картину эффективности нейрокогнитивного тренинга, — мотивация пациента. По этой причине, методы определяются не только на основании установленных объективных данных, но исходя из субъективных жалоб больного (что он хочет улучшить, что он чувствует, с какой проблемой он приходит). Также различным образом можно комбинировать видеоигры, денежные награды, жетоны, которые пациент обменивает на товары, и другие вознаграждения, по усмотрению терапевта и потребностей пациента. Однако выяснилось, что сама по себе денежная награда не приводит к повышению производительности. Самой лучшей комбинацией может стать подкрепление, предоставление инструкций и обратная связь. Обнаружено, что очень важен тот факт, что восстановительная программа длится в течение периода госпитализации, или как часть комплексной программы лечения в амбулаторном отделении. В период амбулаторного восстановления следует учитывать и другие источники стресса (необходимость регулярно ездить до места назначения, другие мероприятия, социальная поддержка), поэтому, сеансы должны быть более короткими и менее требовательными. В программу когнитивного восстановления можно включить только тех пациентов, у которых сохранена способность обучения, и которые в настоящее время не имеют серьезных симптомов шизофрении.

Очевидно, что наша цель должна состоять не в устранении дефицита, а в компенсировании его новыми стратегиями организации и обработки информации таким образом, чтобы акцент был сделан на улучшении внимания и исполнительных функций от их начального уровня к более высоким функциям. Этим способом можно тренировать когнитивные функции, такие как, память, речь и пространственные способности. Следовательно, терапевты не пытаются создать нечто новое, и в настоящее время посредством тренинга обновляют и укрепляют дефицитные и дезорганизованные функции. При коррекции базовых познавательных функций в качестве самой лучшей формы выступает компьютерное обучение в сочетании с индивидуальным подходом в форме карандаш / бумага. Для реабилитации социального познания очень эффективны групповые упражнения.

8.7.5.5. Семейная когнитивно-бихевиоральная терапия шизофрении

В первой половине 20-го в. возник целый ряд теорий, предполагающих, что причиной шизофрении являются серьезные нарушения в межличностных отношениях, причем решающую роль должны играть отношения в первичной семье пациентов. Эти теории разработали Фромм-Райхманн («шизофреническая мать»), Бейтсон («двойная связь»), Лидз («семейный раскол» и «семейный дисбаланс»), Уинн («резиновый забор», «псевдовзаимность» и «коммуникационное отклонение»), Лэнг («мистификация»), Боуэн («запутанность» и «недифференцированная эго-масса») и Сельвини-Паллазоли («семья в шизофренической трансакции» и «психотические семейные игры»). Как видно из приведенных терминов, эти теории очень серьезно обвиняли первичную семью больного, что они, по причине своего поведения, напрямую виноваты в развитии у пациента шизофрении. Эта негативная картина семьи как среды, в которой возникла шизофрения и от которой пациента необходимо защищать, имела очень негативное влияние на сотрудничество между семьями и специалистами в области здравоохранения.

Лечебные процедуры, основанные на этих теориях (Haley, Madaness, Selvini), манипулятивны, использующие парадоксальные заявления, скрывающие истинные намерения терапевта. Эти теории основывались на предположении: «семья не должна знать, что на самом деле происходит, важно, чтобы это знал терапевт». Эти терапевтические подходы демонстрировали свое действие и эффективность на примере отдельных клинических случаев, но не на основе семейных групп и в сравнении с контрольной группой.

По-другому поставил вопрос о влиянии семейной среды на возникновение и течение шизофрении англичанин Г. Браун в 50-е гг. Он не акцентировал свое внимание на факторах, влияющих на возникновение шизофрении, а сконцентрировался на факторах семейных отношений, влияющих на развитие данного заболевания. В 60-х гг. в Лондоне Браун со своими коллегами исследовал судьбу шизофреников после госпитализации, прошедших курс лечения с помощью нейролептиков. В своем первоначальном исследовании в 1959 г. он установил, что в более тяжелом психическом состоянии в психиатрические учреждения возвращаются те пациенты, которые после выписки из больницы жили в своей первоначальной семье, в то время как пациенты, живущие в одиночку, имели гораздо лучший прогноз. В других исследованиях 1962 и 1972 гг. Браун подробно изучал

взаимосвязь между шизофрениками и их родственниками, чтобы установить, какие факторы связанны с рецидивом продуктивных симптомов. Он обнаружил, что самый сильный предиктор рецидива шизофрении — критическое и недружественное отношение родственников, их чрезмерная эмоциональная вовлеченность (чрезвычайная защита, опека, сильная эмоциональная связь). Эти факторы он объединил в единый индекс «выражаемых эмоций» (ВЭ) (ориг. expressed emotions, EE) и показал, что у пациентов, живущих в семьях, в которых сильно выражаются эмоции, в течение 9 месяцев после госпитализации, рецидив случается чаще (50—60 %), чем у пациентов из семей со слабо выражаемыми эмоциями (12—20 %). Эти выводы были подтверждены в следующих исследованиях Леффа и Ваугн и остальных участников в других странах, и в Чехии. Эти исследования показали не только то, что во многих семьях существует эмоциональная атмосфера, которая увеличивает риск рецидива шизофрении у больного члена семьи, но и то, что во многих семьях родственники больного в состоянии обеспечить ему значительную помощь и поддержку, и таким образом, снизить у него риск рецидива. Это наблюдение привело к изменениям отвергающего и недружественного отношения терапевтов к родственникам шизофреников. Как отмечает Хэтфилд, изначальный вопрос: «Что в семейных отношениях приводит к возникновению или ухудшению шизофрении?» был в 70-х и 80-х гг. переформулирован в следующие вопросы: «Как семья сможет справиться с шизофренией и обеспечить уход за психически неуравновешенным членом семьи? В какой помощи со стороны профессионалов эти семьи нуждаются?»

На основании исследований ВЭ возник ряд терапевтических программ, которые показали, что повлиять на отношения в семье вполне возможно (снижение ВЭ), так же, как и научить семью более эффективно управлять стрессом. Эти изменения в семейных отношениях действительно улучшают как процесс шизофрении, так и общее спокойствие всех членов семьи. С другой стороны, было установлено, что достижение этой цели не настолько простое и требует систематического и долгосрочного терапевтического внимания. Наилучших результатов достигли Фэйлон и его коллеги (1984), которые на протяжении двух лет работали с семьями больных шизофренией непосредственно у них дома, а также Терриер и коллеги (1992), которые в течение девяти месяцев работали в амбулаторных условиях со всей семьей.

Также оказалось, что программы, направленные лишь на предоставление информации, общее обеспечение поддержки и помощи в кризисной ситуации, гораздо менее эффективны, как и индивидуальная терапия только с одними пациентам, или консультационная работа лишь с присутствием родственников больного. Краткосрочные программы и менее интенсивные терапевтические программы не в состоянии изменить семейные отношения и, следовательно, не влияют на развитие шизофрении. Далее, будет более подробно описаны программы семейной интервенции когнитивно-бихевиорального типа — программа Фэйлона (1984) и Тэрриера (1992).

1) Бихевиоральная семейная терапия

Фэйлон (1984) проводил семейную терапию в течение 24 мес. в семьях больных шизофренией, все из которых были классифицированы, как семьи с сильно вы-

ражаемыми эмоциями. В то же время он наблюдал и за контрольной группой, состоящей из шизофреников, также из семей с сильно выражаемыми эмоциями, которые были включены в программу индивидуальной поддерживающей терапии. В течение первых 9 месяцев терапии было проведено 24 сеанса с семьями пациентов у них дома, следующие 15 сеансов были проведены раз в месяц. Терапевтическая программа состояла из 3 частей: программа обучения (2 сеанса), обучение коммуникации (12 сеансов) и обучение решению проблем (10 сеансов).

Обучение коммуникации было проведено в форме сцен, в которых члены семьи пациента демонстрировали фактическое взаимодействие, после которого следовала обратная связь, наглядное представление определенных коммуникативных навыков, повторная сцена членов семьи с целью применения рекомендованных улучшенных способов коммуникации. Семья пациента получала домашнее задание — практиковать данное действие. Цель состояла в том, чтобы члены семьи постепенно научились: а) сообщать друг другу о своих положительных ощущениях; б) сообщать друг другу о своих негативных ощущениях; в) попросить остальных об изменении определенного поведения; г) слушать других людей, когда они к ним обращаются.

После освоения этих навыков последовало **обучение решению проблем**. Члены семьи должны были каждый раз, когда столкнулись с определенной проблемой, будь то в рамках семьи или вне семьи, совместно попытаться решить эту проблему посредством выполнения следующих действий:

1) согласовать четкое определение проблемы (в чем она заключается, кого касается, где, когда и т.д.);
2) совместно предложить, по крайней мере, 5 различных способов борьбы с этой проблемой без непосредственного оценивания качества предложений;
3) обсудить позитивные и негативные последствия каждого предложения, в краткосрочной и долгосрочной перспективе;
4) согласовать конкретное решение, которое может быть и комбинацией различных предложений;
5) запланировать и осуществить выбранное решение;
6) оценить результат решения и усилия для его реализации.

Семье было поручено записывать отдельные варианты решения, и каждый член семьи должен был предложить, по меньшей мере, один вариант решения. Вначале, терапевт активно управлял процессом решения проблем, однако, он постепенно передавал инициативу членам семьи пациента. Цель заключалась в том, чтобы семья научилась подробным образом решать все основные вопросы, касающиеся всей семьи и ее отдельных членов.

В течение первого года после двухлетней терапии рецидив шизофрении произошел у 6 % пациентов из группы семейной терапии, в то время как в контрольной группе — у 44 % больных. В течение второго года рецидив шизофрении случился у 17 % пациентов из группы семейной терапии, в контрольной группе — у 83 % пациентов.

2) Семейная когнитивно-бихевиоральная терапия

Тэрриер (1992) осуществлял семейную терапию в течение 9 мес., причем первые 8—10 сеансов проводил раз в неделю, следующие 3—4 мес. — раз в 2 недели,

далее раз в месяц. Сеансы проводились в психиатрическом учреждении, однако, терапевты, хотя бы раз должны были посетить каждую семью. Терапия состояла из следующих компонентов: 1) психообразование о шизофрении, 2) управление стрессом, 3) планирование и достижение целей.

Психообразование о шизофрении интенсивным образом происходило на первых 2 сеансах, причем терапевты предоставили семье и письменные материалы. Перед самим предоставлением информации они, однако, заранее узнавали, каким образом семья воспринимает эту болезнь, и к этому пониманию, впоследствии, адаптировали свой собственный подход (интерактивная модель обучения). Затем, на протяжении всего процесса лечения, семье пациента предоставлялась дополнительная информация.

Процесс управления стрессом, главным образом, возлагается на родственников больного, цель которого заключается в улучшении их способности справляться со стрессом, вызванным совместной жизнью с психически больным человеком.

На первом сеансе, терапевты объясняли семье смысл и способ подробного задавания вопросов, а также объяснили им, что такое стресс. Основываясь на предыдущих беседах и обследованиях, терапевты определяли набор текущих стрессоров, которые происходят в семье больного, — речь может идти, как о ситуациях относительно пациента, с которыми его родственники с трудом справляются, так и о других проблемах, которые не связаны с пациентом: финансовые трудности, проблемы на работе, взаимоотношения с другими членами семьи. После этого, семье больного было объяснено, каким образом они должны выполнять систематическую запись стрессоров.

На следующих сеансах терапевты рассматривали записи о стрессорах и список текущих стрессоров, выбирали одну или две конкретные ситуации и подробно анализировали — какие события им предшествовали, какие последовали, поведение, мысли, эмоции всех участников, контекст этих ситуаций. На основе этого анализа они предлагали конкретные интервенции — помогали членам семьи найти наилучший способ справиться с ситуацией. На следующих сеансах они всегда оценивали результаты запланированных интервенций и, при необходимости, их модифицировали. Освоенные методы относительно решения ситуаций члены семьи затем повторно использовали и при управлении другими стрессовыми ситуациями, которые возникали

Планирование и достижение целей, в особенности, направлено на самого пациента и на улучшение общего уровня его функционирования в обществе. При данном процессе терапевты предпринимали следующие шаги:

1) определение трудностей, проблем и областей, в которых необходимо достигнуть изменений;
2) преобразование проблемы в потребности (что необходимо изменить);
3) определение преимуществ пациента (его способности, интересы, средства);
4) определение необходимости, ради которой будет проводиться работа;
5) изобретение способов, чтобы удовлетворить данную потребность;
6) постановка реальной цели и отдельных шагов для ее достижения;
7) разработка плана для каждого из этих шагов (кто, что будет делать, когда и как);

8) оценка выполнения плана;
9) планирование поддержки достигнутого изменения, его расширения;
10) постановка следующей цели.

Таким же образом терапевты планировали и цели для удовлетворения потребностей других членов семьи.

Результаты исследования, рассматривающие эффективность программы лечения (Tarrier и др., 1995), показали, что в группе, проходящей лечение в течение первого года, произошел рецидив шизофрении у 12 % пациентов, в контрольной группе — у 43 % пациентов. В течение второго года рецидив шизофрении произошел у 33 % больных из группы семейной терапии, а в контрольной группе — у 57 % пациентов. Если учитывать только те семьи, которые прошли всю программу лечения, то рецидив в первый год произошел у 5 % пациентов, а во второй год — у 24 % больных.

Следующее исследование Муэсера (2001) показало, что кроме уменьшения числа рецидивов, по сравнению с контрольной группой, также происходит значительное улучшение семейной атмосферы, снижение стресса у пациента и у других членов его семьи и повышение его социального функционирования (Mueser и др., 2001).

8.7.5.6. Краткосрочные психообразовательные программы

При уходе за пациентами, страдающих шизофренией, в настоящее время все чаще применяются более короткие терапевтические программы, которые сочетают психообразование, в особенности, предоставление информации о болезни в более широком контексте, с элементами семейной терапии. Речь идет о высоко структурированных программах, которые демонстрируют очень благоприятное соотношение между стоимостью и эффективностью. Исследования показали их очевидный эффект по снижению частоты рецидивов и повторных госпитализаций (Hogarty и др., 1991), даже в случае относительно краткосрочных программ (обычно 8—25 встреч).

Психообразование — это интервенция, направленная, прежде всего, на предоставление пациентам и их близким достаточной и необходимой информации о шизофрении. Его неотъемлемой частью должно стать использование ряда бихевиоральных методов для управления стрессом, устранения коммуникационных «ловушек» в семьях, в которых присутствует чрезмерное выражение эмоций (см. выше) и, не в последнюю очередь, обучение заблаговременному определению признаков возможного ухудшения психического состояния пациента. Программы часто различаются между собой своей организацией (индивидуальное семейное психообразование, индивидуальное семейное психообразование с групповым психообразованием только для родственников больного (Leff, 1996), семейное групповое психообразование (Mc Farlane, 1995). В Чешской Республике, особенно в последние годы, проводится параллельная групповая психообразовательная программа для пациентов и их родственников «PRELAPSE», которая была создана в Мюнхенской психиатрической клинике командой во главе с профессором Кисслингом (Kissling, 1994). Содержание этих программ похоже:

В рамках данных программ пациентам и членам их семей предоставляется информация о биологических факторах шизофрении (цель, кроме всего проче-

го, — облегчение чувства вины в семье), о симптомах заболевания в понятной форме — текущие выводы относительно причины шизофрении, а также последствия этого заболевания. Открытая дискуссия по вопросу последствий данного заболевания в рамках каждой группы часто помогает людям избавиться от ощущения, что заболевание — лишь бремя индивида. Схожесть опыта отдельных участников можно объединить в определенные группы последствий биологического заболевания головного мозга. Речь идет о демифологизации и дестигматизации шизофрении, которая готовит почву для обучения рациональным бихевиоральным стратегиям, помогающим смягчить воздействие болезни на членов их семьей и снизить частоту рецидивов заболевания.

Терапевты предоставляют пациентам и членам их семей также информацию о лечении, лекарственных препаратах и реабилитационных процедурах. Частая проблема при лечении шизофрении — нежелание сотрудничать — она имеет целый ряд причин. Пациенты часто прекращают терапию по причине неизвестности, беспомощности, под влиянием искаженной непрофессиональной информаций, либо в связи с неблагоприятными последствиями после приема медицинских препаратов, о которых они заранее не были предупреждены. Пациенты довольно часто прекращают принимать лекарственные препараты по причине простых предрассудков, которые родственники также разделяют, или из-за отсутствия информации о возможных последствиях прекращения лечения. Образование помогает устранить эти барьеры. Предоставление информации об эффективности медикаментозного лечения и важности долгосрочного поддерживающего лечения всей семьи, в значительной степени способствует повышению готовности пациента сотрудничать с терапевтами.

Другая составляющая этих программ — практика выявления ранних предупреждающих симптомов заболевания. Пациентам и членам их семей, в случае возникновения этих симптомов, следует надлежащим образом записать их, включая продолжительность и интенсивность симптомов. Создается кризисный план, в соответствии с которым, семья, в случае необходимости, самостоятельно начинает действовать, обсуждаются его альтернативные варианты в особых ситуациях (отпуск за пределами страны, отсутствие личного психиатра и т.д.) Цель состоит в том, чтобы поймать рецидив прежде, чем пациент перестанет понимать, что речь идет о заболевании. Причины носят двоякий характер: первая причина заключается в том, что посредством заблаговременного терапевтического вмешательства, можно предотвратить госпитализацию, и, во-вторых, что таким образом подтверждается качественно новая форма участия пациента — не в качестве пассивного получателя медицинских услуг, а как активного партнера в рамках терапевтического альянса пациент-врач-семья.

1. В процессе этих психообразовательных программ терапевты пытаются идентифицировать коммуникационные стереотипы в семьях, которые приводят к повышению степени выражающих эмоций (преувеличенная неконструктивная критика, чрезмерное вмешательство в частную жизнь пациента), и

акцентируют свое внимание на их реструктуризации и замены на менее рискованную коммуникацию (конструктивная критика, похвала). Обучение коммуникации часто происходит в форме сцен с последующей обратной связью. Терапевты также ориентируют членов семьи пациента взаимно уважать свои индивидуальные потребности и пытаются установить более высокий порог безучастия членов семьи по отношению к необычным, но безопасным симптоматическим проявлениям пациентов. Акцент сделан на обеспечении большего психологического и физического пространства для больного.

2. В этих программах используются бихевиоральные методы для управления стрессом, далее разделение целей на отдельные шаги, поиск баланса между чрезмерной нагрузкой и соответствующей мотивацией на осуществление какой-либо деятельности. Акцент ставится на основных домашних правилах: структурированность, предсказуемость, прямая связь между членами семьи, совместные встречи с возможностью обсудить проблемы и т.д. Цель состоит в том, чтобы создать наглядные и структурированные «координаты» в непосредственной среде пациента, которые особенно помогают в наиболее неустойчивом периоде обеспечить надежную основу для успешного восстановления.
3. В рамках терапии подкрепляются контакты с другими семьями, поддерживается спонтанное формирование групп самопомощи.

Преимущество данных психообразовательных лечебных программ существенно — они уменьшают прогрессирование заболевания путем снижения частоты рецидивов и сокращением темпа возможной повторной госпитализации, улучшают качество жизни участников (Motlová, 2002). Кроме того, они включают мероприятия с благоприятным соотношением между затратами и выгодами (Dyck, 2002).

Обширное исследование, проводимое в США, Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), целью которого было найти эффективные психосоциальные интервенции для шизофрении, рекомендовало включение семейных психообразовательных программ в терапевтический план работы с пациентами (Lehman, 1998).

Литература

American Psychiatric Association Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 1997, (suppl).

Ayllon T., Azrin N. The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation. NY: Appleton Century Croft s, 1968

Baier J., Takats I., Westermeier C. Efficacy of individualized cognitive-behavioral therapy for schizophrenic patients with negative symptoms and social disabilities. A controlled trial. Zeitschrift Klinische Psychologie Psychotherapie, 2001, č. 30.

Bell M., Bryson G., Greig T. et al. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy. Effects on neurospychological test performance. Arch. Gen. Psychiatry, 2001, č. 58.

Bellack A.S., Gold J.M., Buchanan R.W. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects, and strategies. Schizophrenia Bull., 1999, č. 25.

Bellack A.S., Mueser K.M. Psychosocial treatment of schizophrenia. Schizophrenia Bull., 1993, č. 19.

Bellack A.S. Rehabilitative treatment of schizophrenia.//Lieberman J.A., Murray R.M. (eds.) Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management. London: Dunitz, 2001.

Benton M.K., Schroeder H.E. Social skills training with schizophrenics: A meta-analytical evaluation. J. Cons. Clin. Psychol., 1990, č. 58.
Birchwood M.J., Tarrier N. Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia. Chichester: Wiley, 1992.
Brenner H.D., Hodel B., Genner R. et al. Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment. Br. J. Psychiatry, 1992, č. 161 (suppl. 18).
Brenner H.D., Kraemer S., Hermanutz M. et al. Cognitive treatment in schizophrenia.// Straube E., Hahlweg K. (eds.) Schizophrenia: Models and Interventions. NY: Springer Verlag, 1990.
Burda P.C., Starkey T.W., Dominguez F. et al. Computer-assisted cognitive rehabilitation of chronic psychiatric inpatients. Computers in Human Behavior, 1994, č. 10.
Carpenter W.T. Maintenance therapy of persons with schizophrenia. J. Clin. Psychiatry, 1996, č. 57 (suppl. 19).
Chadwick P., Birchwood M., Trower P. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. Chichester: Wiley, 1996.
Chadwick P., Brichwood M. The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallutinations. Br. J. Psychiatr., 1994, č. 164.
Cooper R.S. Treatments for schizophrenia: implications for cognitive rehabilitation therapy. J. Cognitive Rehabilitation, 1999, č. 17.
Corrigan P.W. Social skills training in adult psychiatric populations: A meta-analysis. J. Nebav. Ther. Exp. Psychiatry, 1991, č. 22.
Coursey R.D. Psychotherapy with person's suffering from schizophrenia: the need for a new agenda. Schizophrenia Bull., 1989, č. 15.
Dixon L.B., Lehman A.F. Family intervention for schizophrenia. Schizophrenia Bull., 1995, č. 21.
Donahoe C.P., Driesenga S.A. A review of social skills training with chronic mental patients.// Hersen M., Eisler R.M., Miller P.M (eds. Progress in Behavior Modification. Vol. 23. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1988.
Drury V., Birchwood M., Cochrane R. et al. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial 1: impact on psychotic symptoms. Br. J. Psychiatry, 1996, č. 169.
Dyck D.G., Hendryx M.S., Short R.A. Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. Psychiatric Services, 2002, č. 53.
Falloon I.R.H., Boyd J.L., McGill C.W. Family care of schizophrenia. NY: Guilford Press, 1984.
Fenton W.S., Cole S.A. Psychosocial therapies of schizophrenia: individual, group and family.// Fowler D., Garety P.A., Kuipers L. Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis. Theory and Practice. Chichester: Wiley, 1995.
Gabbard G.O., Atkinson S.D. (eds. Synopsis of treatments of psychiatric disorders. Second edition. Washington: American Psychiatry Press, 1996.
Gamble C., Midence K. Schizophrenia Family Work: Mental Health Nurses Deliver Innovative Service. J. Psychosocial Nursing, 1994, č. 32.
Garety P., Fowler D., Kuipers E. et al. London — East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. Br. J. Psychiatry, 1997, č. 171.
Gomes—Schwartz B. Individual psychotherapy of schizophrenia.//Bellack, A. (ed.) Schizophrenia: Treatment, Managemant and Rehabilitation. NY: Grune & Stratton, 1984.
Gunderson J.G., Frank A.F., Katz H.M. et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II: Komparative outcome of two forms of treatment. Schizophrenia Bull., 1984, č. 10.
Haddock G., Bentall R.P., Slade P.D. Psychological treatment of auditory hallucinations: focusing or distraction? //Haddock G., Slade P.D. Cognitive- behavioural interventions with psychotic disorders. London: Routledge, 1996.
Haddock G., Slade P.D. (eds. Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders. London: Routledge, 1996.
Halford W.K., Hayes R. Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation. Clin.Ppsychol. Rev., 1991, č. 11.
Hall J., Barker R. Token economy systems: breakdown and control. Beh. Res. Ther., 1973, č. 11.
Harvey P.D., Keefe R.S. Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment. Am. J. Psychiatry, 2001, č. 158.
Heinrichs D.W., Carpenter W.T., Jr. The efficacy of individual psychotherapy: A perspective and review emphasizing controled outcome studies.//Arieti S., Brodie H.K. The American Handbook of Psychiatry. NY: Basic Books, 1981.

Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J. et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Arch. Gen. Psychiatry, 1991, č. 48.
Hogarty G.E., Flesher S. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1999, č. 25 (4.
Kahraman B., Kraemer S. Cognitive behavioral psychotherapy of a schizophrenic patient with persistent auditory halucinations. Verhaltenstherapie, 2002, č. 12.
Kanas N. Inpatient and outpatient group therapy for schizophrenic patients. Am. J. Psychother., 1985, č. 39.
Kanas N. Group therapy with schizophrenics: A review of controlled studies. Int. J. Group Psychotherapy, 1986, č. 36, s. 339—351.
Kane J.M., McGlashan T.H. Treatment of schizophrenia. Lancet, 1995, č. 346, s. 820—825.
Katz H.M. A new agenda for psychotherapy of schizophrenia: response to Coursey. Schizophrenia Bull., 1989, č. 15.
Kavanagh D.J. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Br. J. Psychiatry, 1992, č. 160.
Kingdon D., Turkington D., Carolyn J. Cognitive behaviour therapy of schizophrenia: the amenability of delusions and halutinations to reasoning. Br. J. Psychiatry, 1994, č. 164.
Kingdon D.G., Turkington D. Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia. NY: Guilford Press, 1994.
Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatr. Scand., 1994, Suppl., č. 382.
Kuipers E., Garety P., Fowler D. et al. London — East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: effects of the treatment phase. Br. J. Psychiatry, 1997, č. 171.
Kuipers E., Fowler D., Garety P. et al. London — East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: Follow-up and economic evaluation at 18 months. Br. J. Psychiatry, 1998, č. 173.
Leff J. First perceptions of treatment: The physician—family—patient network. J. Prac. Psych. Behav. Health, 1996, č. 2 (suppl. 1).
Leff J., Vaughn C. Expressed emotions in families. NY: Guilford Press, 1985.
Lehman A.F. Steinwachs DM and PORT coinvestigators. Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the schizophrenia PORT Client Survey. Schizophrenia Bulletin, 1998, č. 24 (1).
Lehman A. F., Steinwachs D. M. Translating research into practice: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. Schizophrenia Bulletin, 1998, č. 24.
Liberman R.P. et al. Skills Training versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons with persistent Schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 1998, č. 155.
Liberman R.P., DeRisi W.J., Mueser K.T: Social skills training for psychiatric patients. NY: Pergamon Press, 1989.
Lieberman R.P. Social skills training.//Liberman R.P. (ed.) Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. Washington: American Psychiatric Press, 1987.
Linszen D.H., Dingemans P.M., Lenior M.E. et al. Early family and individual interventions and relapse in recent onset schizophrenia and related disorders. Italian J. Psychiatry Behav. Sci., 1998, č. 8.
Marder S.R., Wirshing W.C., Mintz J. et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 1996, č. 153.
May P.R.A., Thuma A.K., Dixon W.J. Schizophrenia — a follow up study of the results of five forms of treatment. Arch. Gen. Psychiatry, 1981, č. 38.
McEvoy J.P., Scheifler P.L., Frances A. (eds.) The Expert Consensus Guidelines Series: Treatment of schizophrenia, 1999, č. 60 (suppl. 11).
McFarlane W.R., Lukens E., Link B. et al. Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry, 1995, č. 52.
McGlashan T.H. The Chestnut Lodge follow-up study. II: Long term outcome of schizophrenia and affective disorders. Arch. Gen. Psychiatry, 1984, č. 41.
Mosher L.R., Keith S.J. Psychosocial treatment: Individual, group, family and community support approaches. Schizophrenia Bulletin, 1980, č. 6.

Motlová L., Španiel F., Vanurová I. Psychoeducation and relapse of schizophrenia. European Psychiatry, 2000, č. 15 (Suppl. 2).
Mueser K.T., Berenbaum H. Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? Psychol. Med., 1990, č. 20.
Mueser K.T., Sengupta A., Schooler N.R. et al. Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: Effects on patient social functioning, family attitudes, and burder. J. Consult. Clin. Psychol., 2001, č. 69.
Olbrich R. Computer based psychiatric rehabilitation: current activities in Germany. Eur. Psychiatry, 1996, č. 11 (Suppl. 2).
Parloff M.B., Dies R.R. Group psychotherapy outcome research: 1966—1975. Int. J. Group Psychoth, 1977, č. 27.
Penades R., Boget T., Salamero M. Alteraciones neuropsychological en la esquizofrenia y su modificación. Actas Españolas de Psiquiatría, 1999, č. 27 (3).
Penn D.L., Mueser K.T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 1996, č. 153.
Pitschel-Walz G., Leucht S., Baumnl J. et al. The effect of family interventions on relaps and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. Schizophrenia Bulletin, 2001, č. 27.
Preiss M. et al. Klinická neuropsychologie. Praha: Grada, 1998.
Rector N.A., Beck A.T. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. J. Nerv. Ment. Dis., 2001, č. 189.
Rodriguez M., Mohr P., Preiss M. Program počítačové rehabilitace kognitivních funkcí u schizofrenie. Psychiatrie, 2002, ročník 6, suplementum 4.
Schooler N.R., Keith S.J. Health Care Reform for Americans With Severe Mental Illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council. Washington: U.S.Government Printing Office, 1993.
Selzer M.A., Grimaldi J.A.R., Kulchyncky S. The pre-alliance group: a new strategy for working with treatment — resistant schizophrenic. New Dir. Ment. Health Serv., 1992, č. 55.
Silverstein S., Menditto A., Stuve P. Shaping attention sapn: an operand conditioning procedure to improve neurocognition and functioning in schizophrenia. Schiz ophrenia Bulletin, 2001, č. 2.
Stanton A.H., Gunderson J.G., Frank A. et al. Effect of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controled trial. Schizophrenia Bulletin, 1984, č. 10.
Tarrier N., Beckett R., Harwood S. et al. A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant psychotic symptoms in schizophrenic pacients, I: outcome. Br. J. Psychiatry, 1993, č. 162.
Tarrier N., Barrowclough C. Families of schizophrenic patients. Cognitive behavioural interventions. London: Chapman & Hall, 1992.
Wallace C.J., Nelson C.J., Liberman R.P. et al. A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, 1980, č. 6.
Watt D., Katz K., Shepherd M. The natural history of schizophrenia: a 5-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment. Psychol. Med., 1983, č. 13.
Wexler B., Anderson M., Fulbright R. et al. Preliminary evidence of improved Verbal Working Memory performance and normalization of task-related frontal lobe activation in schizophrenia following cognitive exercises. Am. J. Psychiatry, 2000, č. 157 (10).
Wykes T., Reeder C., Corner J. et al. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1999, č. 25.
Wykes T., Tarrier N., Lewis S. (eds. Outcome and innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia. NY: Wiley, 1998.
Wykes T. Cognitive rehabilitation and remediation in schizophrenia.//Sharma T., Harvey P. (eds.) Cognition in Schizophrenia. NY: Oxford University Press, 2000.
Wykes T. What are we changing with neurocognitive rehabilitation? Ilustrations from two single cases of changes in neuropsychological performance and brain systems as measured by SPECT. Schizophrenia Research, 1998, č. 34.
Yalom I.D. Inpatient group psychotherapy. NY: Basic Book, 1983.
Zubin J., Spring B. Vulnerability — a new view of schizophrenia. J. Abnorm. Psychol., 1997, č. 86.

8.8. КБТ расстройства пищевого поведения

Франтишек Давид Крх

8.8.1. Основные сведения о расстройстве пищевого поведения

Нервная анорексия и булимия представляют крайние позиции пищевого поведения, угрожающие жизни путем ограничения приема пищи и переедания с последующей рвотой, или иной ненадлежащей компенсации потребления энергии. Оба расстройства имеют много общего. В первую очередь, для них характерен чрезмерный страх полноты, присутствует неудовлетворенность своим телом и интенсивное стремление достичь худобы. Следующие психические проблемы и проблемы со здоровьем связаны, в основном, с неправильным питанием и использованием «методов» для потери веса. Успешны ли больные в своем усилии контролировать свой вес и потреблять пищу (нервная анорексия) или нет, неудовлетворенный пищевой инстинкт привлекает к себе все больше и больше внимания, изменяет перспективу взгляда на самого себя, на мир и образ жизни. Учитывая тот факт, что речь идет о расстройстве, характерном для подросткового возраста, эти проблемы влияют на формирование личности пациента, на его функциональные и социальные навыки. Расстройство пищевого поведения (далее РПП) часто развивается медленно и незаметно, отражается в неправильных навыках приема пищи сверстников и членов семьи. Нервная анорексия чаще всего начинает развиваться в возрасте 13— 18 лет. Булимия, как правило, в возрасте 15—25 лет. Однако можно встретить и более раннее или позднее развитие заболевания.

8.8.1.1. Клинические проявления и диагностика нарушения пищевого поведения

Нервная анорексия — это расстройство, которое характеризуется преимущественно преднамеренным снижением массы тела. Больные, страдающие анорексией, отказываются от приема пищи не по причине отсутствия у них аппетита, а потому, что специально не хотят есть, даже если они это иногда отрицают и приводят различные причины, почему они не могут есть. Ограничения в еде, с другой стороны, часто сопровождаются повышенным интересом к пище (больные думают о ней, собирают рецепты, любят готовить и кормить других людей), а иногда и усиленным или измененным вкусом, например, к сладостям. Речь идет о проявлении приспособления к сниженному потреблению энергии и некоторых питательных веществ. Больные постепенно привыкают к пониженному потреблению энергии, пустой тарелке и желудку, чрезмерному самоконтролю при приеме пищи, впалому животу и выступающим костям. Как будто бы они были включены в диетическое уравнение «потребление энергии = расход энергии». Больные часто отказывают себе в приеме пищи пока не отработают его усердными физическими упражнениями. Их пугает любая большая порция еды или энергетически богатая пища, и они быстро чувствуют себя переевшими. Подобным некритичным образом, как к размеру своих порций, они относятся и к своему телу.

Диагностические критерии нервной анорексии в соответствии с МКБ-10 (F 50,0)

1. Вес тела поддерживается менее 15 % предполагаемого уровня (был ли вес снижен или никогда не был достигнут), либо ИМТ составляет 17,5 или менее. Препубертатные пациенты не набирают в течение развития ожидаемый вес;
2. Снижение веса пациент может достигнуть самостоятельно, избегая потребления пищи, после которой он может поправиться, или выполняя чрезмерные физические нагрузки, вызывая рвоту, принимая слабительные препараты, или препараты для подавления аппетита и мочегонные средства;
3. Присутствует страх поправиться и искаженное представление о собственном теле, навязчивое опасение дальнейшего увеличения веса, которое приводит индивидов к созданию очень низкого порога массы тела;
4. Многочисленные эндокринные нарушения проявляются у женщин в виде аменореи, у мужчин как потеря сексуального интереса и активности. Очевидным исключением является возникновение маточного кровотечения у женщин, страдающих анорексией, которые используют дополнительное гормональное лечение, чаще всего в виде противозачаточных таблеток;
5. Если начало заболевания произошло до полового созревания, то проявления вторичных половых признаков задерживаются, или даже останавливаются. После выздоровления часто происходит нормальное завершение полового созревания, однако, менархе задерживается.

DSM-IV различает небулимический (рестриктивный, ограничительный) и булимический (очистительный) тип нервной анорексии, когда при ее развитии происходят повторные эпизоды переедания или рвоты, использование слабительных или мочегонных средств. При постановке диагноза «анорексия», необходимо исключить наличие соматических и психических расстройств, которые могут вызывать потерю аппетита, нарушение в приеме пищи и низкую массу тела. Потеря массы тела в основном встречается при некоторых опухолевых заболеваниях, туберкулезе, гипоталамических расстройствах, эндокринопатии и при депрессивных расстройствах. С анорексическими особенностями также можно встретиться у некоторых токсикоманов.

Нервная булимия

Нервная булимия — это заболевание, характеризующееся повторяющимися приступами переедания, связанными с чрезмерным контролем над своим весом. Ощущение переедания оказывается относительным. Несмотря на драматический опыт потери контроля над едой и переедания из записей пациентов иногда видно, что они съели лишь немного больше, чем хотели, или, как они привыкли питаться. Субъективное ощущение потери контроля над едой, таким образом, может стать более значительным признаком переедания, чем количество потребляемой пищи. Чрезмерный или экстремальный контроль веса включает и чередующиеся периоды голодания, и периоды слишком частых и интенсивных физических нагрузок.

Диагностические критерии нервной булимии в соответствии с МКБ-10 (F 50.2)

1.	Повторяющиеся эпизоды переедания (не менее 2 раз в неделю в течение 3 месяцев), при которых, в течение короткого времени, потреблено большое количество пищи;
2.	Постоянная озабоченность едой и сильное, непреодолимое желание поесть;
3.	Попытки предотвратить прибавку веса в результате избыточного приема пищи одним или несколькими из следующих способов: спровоцированная рвота, злоупотребление слабительными препаратами, чередование периодов голодания, прием препаратов для подавления аппетита, тиреоидных препаратов или диуретиков; диабетики могут пытаться пропускать лечение с помощью инсулина;
4.	Чувство чрезмерной массы тела, связанное с постоянной боязнью увеличения веса. Часто (не всегда) в анамнезе присутствует эпизод анорексии, или интенсивного ограничения приема пищи.

Учитывая вероятность дальнейшего развития расстройства, в соответствии с нашим опытом, целесообразно выяснить, имеет ли пациент в анамнезе нервную анорексию или ожирение. Группу исключения составляют пациенты, страдающие крайне тяжелой степенью ожирения и диабетики. В отличие от нервной анорексии, при булимии не происходит значительной потери массы тела и продолжительной аменореи. Если все же это происходит (BMI процент взрослых пациентов ниже, чем 17,5), мы говорим о булимической форме нервной анорексии. Для диагностики булимии необходимо исключить первичное расстройство верхнего гастроинтестинального тракта, ведущего к рвоте и неврологическое расстройство. Побуждение к перееданию, само переедание и чувство потери контроля над процессом принятия пищи могут возникать у некоторых обсессивных пациентов и при депрессивном расстройстве. Переедание может присутствовать и в случае мании и олигофрении. Довольно часто наблюдается сочетание булимии и алкогольной зависимости.

8.8.1.2. Эпидемиология расстройства пищевого поведения

Нервная анорексия и булимия в 10—20 раз чаще встречаются у женщин, чем у мужчин. Нервной булимией страдает приблизительно каждая двадцатая девушка-подросток в Чешской Республике (4—5 % молодых женщин), нервная анорексия затрагивает менее 1 % девушек. В конце полового созревания симптомы анорексии могут проявиться у 6 % девушек. В последние несколько десятилетий появилась информация об участившихся случаях РПП, в частности нервной булимии. С увеличением агитации соблюдения диет, распространяется возникновение РПП не только среди городского населения, оно затрагивает и группы людей с более низким доходом и образованием. Учащиеся восьмого и девятого класса — 60 % девушек заявили, что они не довольны своим телом, и более 50 % девушек хотят похудеть. В соответствии с нашим исследованием 2002 года, каждую неделю регулярно вызывают рвоту из-за страха потолстеть 2 % чешских девушек, другие 2 % вызывают рвоту немного реже, и 6 % их сверстниц уже, по крайней мере, один раз попытались вызвать рвоту. Большинство молодых женщин меняет нормальный режим питания на редукционную диету и не знают, сколько они должны весить. Люди, которые не соответствуют всем критериям РПП, но лишь проявляют проблематичное отношение к своему телу и еде, часто страдают серьезными психическими расстройствами, как и больные с расстройствами пищевого поведения, и у некоторых, с течением времени, происходит развитие всех симптомов расстройства.

8.8.1.3. Развитие и коморбидность расстройства пищевого поведения

Группа больных, страдающих расстройствами пищевого поведения, — очень разнообразна, и развитие расстройства также бывает достаточно разнообразным. Довольно часто наблюдается переход от одной крайности к другой. Около 40 % девушек, страдающих нервной анорексией, через некоторое время начинают переедать. Изначально относительные ощущения переедания в комбинации с неподходящим режимом питания и голоданием могут с легкостью превратиться в реальное переедание. Больные перестают контролировать себя, особенно в то время, когда у них начинается рвота. Большинство людей, страдающих булимией

в анамнезе, имеют различные диеты или короткие периоды анорексии. Относительно редкими бывают случаи, когда пациент перестает переедать и переходит в стадию анорексии.

Хотя успех лечения расстройств пищевого поведения считается относительно высоким, эти нарушения могут иметь очень серьезные последствия для жизни пациента. Проблемы со здоровьем или проблемы на работе — первая причина для лечения. По данным различных исследований, при нервной анорексии смертность составляет примерно 2—8 %; при нервной булимии около 0 2 %. В среднем 50 % девушек, страдающих анорексией, и почти 2/3, страдающих булимией, полностью выздоравливают. М. Фишер оценил более 100 исследований, занимающихся долгосрочным развитием РПП, и сделал вывод, что в течение 5—10 лет примерно 50 % от общего количества больных полностью выздоравливают, у 30 % больных состояние улучшается, однако, некоторые симптомы сохраняются, и у 20 % больных можно наблюдать полное сохранение симптомов, или их углубление.

Хроническое течение нервной анорексии часто ассоциируется с социальной изоляцией и рабочей инвалидностью пациента. РПП меняет качество жизни больного, и при его большей продолжительности развивается определенная адаптационная функция, которая открывает место для других негативных переживаний. Большую опасность, особенно для людей, страдающих булимией, представляют наркотические вещества и алкогольные напитки. В ходе булимии растет количество депрессивных симптомов, а иногда может произойти обострение обсессивных признаков.

РПП может вызвать ряд осложнений со здоровьем, связанных с потерей веса, недостаточным потреблением пищи, рвотой, чрезмерным употреблением слабительных препаратов и мочегонных средств. Большая часть больных имеют различные сердечные проблемы, которые вызваны снижением метаболизма, или связанны с нарушением электролитного баланса у пациентов, вызывающих рвоту. Частым следствием потери веса является чувствительность к холоду, утомляемость, запоры, ослабленная циркуляция крови и остеопороз. Риск истощения и обезвоживания значительно возрастает с уменьшением массы тела больного, в особенности у детей.

8.8.1.4. Этиология расстройства пищевого поведения

О возможной этиологии РПП было выдвинуто много различных гипотез, которые, в связи привлечением внимания к данной проблематике, ее развитием и многообразием больных, было относительно легко поддерживать. Уже само определение расстройства, подчеркивающее искаженное восприятие собственного тела, или чрезмерная худоба, ведущая к подавлению естественных форм женского тела и потере репродуктивной способности, предлагает определенные импликации. Нельзя не упомянуть о когнитивных последствиях мальнутриции, или усилиях семьи избежать конфликта с больным, отказывающимся от сотрудничества, который, до этого времени, был беспроблемным ребенком. В последние 20 лет согласие специалистов с многофакторной обусловленностью РПП постепенно стабилизировалось, когда речь идет о сосуществовании различных биологических, психологических, семейных и социально-культурных факторов риска.

Развитие нервной анорексии или булимии происходит в том случае, если предрасположенный индивид подвергается влиянию факторов, которые могут привести к соблюдению диет, и одновременно, некоторым другим влияниям, которые считаются опасными с точки зрения развития других психических расстройств. Диеты, как правило, ассоциируются с женским полом, преждевременной или задерживающейся физической зрелостью, неправильным распределением подкожного жира, диетическим пищевым поведением референтной среды, наличием риска избыточного веса и определенной интересующей или профессиональной деятельностью. Факторами риска являются и другие личные, семейные и социальные характеристики, подкрепляющие или, наоборот, ослабляющие интерес к своему телу, потреблению пищи и самоконтролю. Интенсивность, с которой применяются диетические тенденции, связана с индивидуальными возможностями больного, которые определяются, в особенности, его возрастом, личными качествами и семейным окружением, а также, его потребностью, на которую оказывают влияние его интересы, социальные, личное мнение и опыт. Чаще всего это отрицательная самооценка, которая усиливается чрезмерным акцентированием внимания на цели и повышает готовность рисковать. Другие факторы риска сдвигают границы и определяют то, насколько далеко пациент готов зайти не только в самоконтроле и неправильных привычках питания, но и в эмоциональных реакциях, отношении и поведении, в том числе, кражах или причинения себе вреда. На этом уровне начинают присоединяться дополнительные факторы риска, такие как алкоголизм или психическое заболевание члена семьи. Эти факторы указывают на простую и понятную причину трудностей, возможность альтернативных решений и одновременно, представляют собой дисфункциональный способ решения проблем. Другие влияния начинают проявляться лишь в процессе развития заболевания в качестве его побочного продукта (последствия недоедания, измененное качество жизни и привыкание к проблеме) и подкрепляют основную симптоматику РПП.

8.8.2. Лечение расстройств пищевого поведения

Дифференцированность проблематики РПП естественным образом отражается и в различных подходах к его лечению. Кроме повышающегося количества различных специализированных форм психотерапии, приспособленных к основным симптомам этих расстройств (терапевтические методы, ориентированные на работу с человеческим телом, или диетические рекомендации), были скорректированы и основные психотерапевтические подходы по отношению к специфическим особенностям нервной анорексии и булимии. Работа с немотивированным или амбивалентным пациентом, адаптация больного к проблеме, наиболее распространенная коморбидность РПП и растущее число больных играли в этом процессе зачастую более важную роль, чем теоретические основы определенного психотерапевтического направления. Прагматической интеграции различных терапевтических методов способствовало и появление специализированных центров для лечения данных расстройств.

Пациенты, страдающие булимией, часто жалуются на депрессивные состояния. Многие врачи при лечении таких пациентов, как правило, фокусируются на

назначении им антидепрессантов, которые, однако, не изменяют аппетит, не влияют на привычки питания пациентов или на их склонность к соблюдению каких-либо диет. При лечении анорексии данные препараты малоэффективны, а точнее, не было доказано их значительного положительного влияния, а при лечении булимии они имеют лишь ограниченный кратковременный эффект. Эти препараты, как правило, помогают пациенту преодолеть страх полноты и другие неприятные ощущения, связанные с необходимыми изменениями привычек питания. Некоторые пациенты жалуются на неприятные тревожные ощущения, симптомы которых могут проявляться в контакте с людьми и в ситуациях, которые не связаны с едой. В этом случае, в качестве поддерживающего лечения, могут помочь анксиолитики.

8.8.2.1. Эффективность КБТ при расстройствах пищевого поведения

КБТ при РПП стала общепринятым методом лечения, и некоторые из ее методов и техник включены в другие теоретически ориентированные формы психотерапии. Важную роль в этом процессе сыграло клиническое исследование и его обнадеживающие результаты. Крейкхэд и Аграч (1991), которые подвели итоги 10 исследований эффективности КБТ нервной булимии, указывают на снижение симптомов у 79 % пациентов, и ремиссию у 57 % пациентов, проходивших лечение посредством вышеуказанного метода. В более долгосрочной перспективе, результаты КБТ исследовал Фэрберн, который указывает на отсутствие симптомов булимии у 48 % пациентов, проходивших лечение посредством КБТ, примерно через 6 лет после окончания терапии. Исследования, в которых сравнивали эффективность КБТ и общего медицинского лечения булимии подтвердили, что КБТ, особенно в долгосрочной перспективе, — намного более эффективна, чем лечение антидепрессантами, а комбинация КБТ с антидепрессантами может стать более успешной, чем самостоятельная КБТ. По сравнению с бихевиоральной терапией и поддерживающей психотерапией, КБТ оказалась более эффективной, однако, подобные результаты были достигнуты и в случае интерперсональной психотерапии. Результаты исследований эффективности КБТ подтвердили, что данное лечение оказывает благотворное влияние на все психопатологические аспекты булимии, и это улучшение оказывается устойчивым на протяжении довольно длительного времени. Эффективность КБТ при лечении анорексии не была систематически исследована в той степени, в какой была исследована булимия, хотя результаты нескольких исследований в последние годы очень обнадеживающие. В контролируемых исследованиях, рассматривающих эффективность КБТ, между бихевиоральной терапией и рационально ориентированной терапией какого-либо значительного различия установлено не было.

8.8.2.2. Бихевиоральные методы

Необходимость в изменении опасных для жизни пищевых стереотипов, присутствующих у немотивированного пациента за счет столкновения с болезненными ощущениями, сформировала естественное пространство для бихевиоральных интервенций. Уже в 1959 г., Д.Г. Вайт сформулировал бихевиоральную программу изменения пищевого поведения. С середины 60-х гг. начало увеличиваться чис-

ло работ, призывающих к использованию принципов оперантного обусловливания и систематической десенсибилизации при лечении анорексии. В то время как десенсибилизация специфически использовалась в рамках различных этиологических концепций, определяющих анорексию не только как страх полноты, но и как страх сексуальной роли или зрелости, систематическое обусловливание применялось и применяется независимо от теоретической модели авторов. На основании системы терапевтических договоренностей, дифференцированных выгод и запретов основана большая часть институализированных программ лечения. Часто, как это ни странно, речь идет об учреждениях, в которых применяются психодинамически-ориентированные подходы лечения нервной анорексии, где пациент с анорексией стабильно награждается (либо наказывается) за каждый килограмм массы тела, или увеличение калорийности принимаемой пищи. По логическим причинам, оперантное обусловливание используется, прежде всего, в стационарном лечении, что позволяет проводить дальнейшие мероприятия с пациентом. В случае активных пациентов с анорексией, в форме награды применяется их участие в физических мероприятиях в рамках программы.

8.8.2.3. Точка зрения КБТ на расстройства пищевого поведения

Начало когнитивно-бихевиорального подхода к РПП связано с наблюдением Г. Брух (1973), которая указывала на характерные нарушения осознавания собственных чувств, восприятия собственного тела и преувеличенные чувства неэффективности, происходящие при нервной анорексии. Ее наблюдения были обработаны Гарнером и Бемисом (1982), которые применили к нервной анорексии когнитивную теорию Бека. Данный материал взяли за основу другие авторы, особенно К.Б. Витоускова и Х. Фэрберн. По мнению Витоусковой, симптомы анорексии и булимии поддерживаются характерной чрезмерной озабоченностью формой своего тела и веса. Такое болезненное отношение является результатом взаимодействия некоторых личностных характеристик (например, перфекционизм, аскетизм или проблемы с эмоциональным контролем) и социально-культурных представлений о женской красоте.

Ключевое когнитивное расстройство в случае РПП состоит в определенном наборе убеждений и ценностей, связанных с внешностью и весом. У больных, страдающих нервной анорексией и булимией, присутствует постоянный страх поправиться, и они пытаются похудеть или, по крайней мере, предотвратить увеличение веса, независимо от своего фактического веса. Внешний вид и вес — доминирующий интерес таких пациентов, который увеличивается вместе с затраченной энергией и особенно сосредоточен на некоторых частях тела. Х. Фэрберн указывает, что люди с булимией, особенно часто страдают, по крайней мере, еще одним когнитивным нарушением, которое представляет собой длительно существующую отрицательную самооценку. Неуверенность в своих собственных способностях приводит больных с определенным социально-культурным контекстом, возрастом и личной ситуацией к тому, что внешность и вес становятся основными критериями их самооценки. Внешний вид, а часто и самоконтроль — оценивающие, понятные, видимые и легко измеримые параметры. Для чувства успокоения больного достаточно весить меньше, чем вчера, съесть меньше, чем остальные, пропустить десерт или выполнять физические упражнения на 15 ми-

нут дольше. Чем больше они стараются, тем важнее для них становится факт достижения успеха, и тем больше они боятся несовершенства и ошибки, которую воспринимают как неудачу. Неспособность реализовать слишком большие ожидания относительно контроля веса и потребления пищи впоследствии снижает их уверенность в себе и подкрепляет некритичность в ожиданиях и самооценке. Неопределенность относительно этих ожиданий и надежд также усиливает необходимость контролировать свою пищу и самого себя, что является центральной проблемой анорексии.

Другой механизм, который подкрепляет и поддерживает диетический настрой больных, страдающих анорексией, и некоторых более длительное время голодающих больных с булимией, — это физиологические и психологические последствия голодания. У голодающих людей часто присутствует парадоксальный страх голода, который якобы может привести их к перееданию. Учитывая относительность чувств, голодающие люди часто ощущают себя переевшими (человек может чувствовать себя переевшим, даже когда съест больше, чем он хотел бы, или чем он обычно привык съедать), и возникновение данного чувства они могут воспринимать как потерю самоконтроля. Подобным образом, они могут неправильно истолковать отвлечение внимания, направленного на пищу. Прерывание чрезмерного самоконтроля в приеме пищи они воспринимают как потерю контроля над едой. По этой причине, страх переедания и булимии становится столь частым и аутентичным аргументом больных, страдающих анорексией.

Осознание проблемы и часто довольно продолжительное чувство неудовлетворенности, дихотомизируют восприятие и оценку больного и усугубляют его переживания. К чувству неудачи, и к присутствующему избегающему поведению, которое должно предотвращать конфронтацию с пищей и уменьшать риск переедания, в особенности при булимии, прибавляется депрессивная симптоматика. Недовольство своим пищевым инстинктом и неправильные привычки питания подкрепляют интерес к еде и связанные с ней физические ощущения. Больные с анорексией обычно любят готовить и манипулируют с продуктами питания, которые дают им возможность иметь еду под контролем. Люди с анорексией и булимией становятся чувствительными к ощущениям, связанным с пищеварением, и часто чувствуют себя переевшими. В то же время, они часто страдают от серьезных проблем со здоровьем в результате недостаточного или ненадлежащего режима питания и очищения. Чувство голода, аппетита и сытости в таком сложном и противоречивом контексте теряет естественную регулирующую функцию. Подобно, как и у других людей, которые соблюдают какую-либо диету, нарушение правил диеты связанно с чувством вины и паникой, а также действует в качестве возбудителя переедания («Это уже все равно не имеет никакого смысла, я не в состоянии себя контролировать»). Умышленный вызов рвоты и применение слабительных препаратов облегчает переедание, потому что они уменьшают страх полноты («Я могу переесть, потому что все равно потом буду вызывать рвоту»), а с полным желудком процесс рвоты становится проще. Контроль рвоты у пациентов, страдающих булимией, обычно обусловлен неправильным диетическим контролем («Я должна была вызвать рвоту, потому что я съела слишком много»). Эпизоды переедания и рвоты оказываются источником других негативных пере-

живаний и самобичевания. Порочный круг, началом которого является низкая самооценка и диетические тенденции, таким образом, замыкается.

8.8.2.4. Особенности проведения лечения

Развитие нервной анорексии, как и булимии связано с низкой самооценкой и негативными переживаниями, преобразованными в болезненный страх полноты, выраженный в чрезмерной озабоченности своей внешностью, массой тела и самоконтролем в еде. Вышеупомянутый страх и связанные с ним когнитивные расстройства далее выступают в качестве поддерживающего механизма. Хотя начальный диетический опыт больных с анорексией и булимией кажется похожим (удовлетворение от начальной потери веса, самоконтроль и нередко оценка окружающих людей), их дальнейший опыт отличается. Отличаются и терапевтические цели, и ситуации пациентов во время лечения. В то время как большинство пациентов, страдающих булимией, можно заверить, что в процессе терапии они не наберут вес, а, может, и похудеют, существенное увеличение веса является основной целью лечения анорексии. Так как главной проблемой таких пациентов становится страх набора веса, они, во время терапии, воздействуют на все, чего очень боятся. Самое высокое беспокойство у таких пациентов может вызвать быстрое увеличение веса, когда они начинают есть (на весах обычно проявляется уже само наполнение пищеварительного тракта, а иногда и отеки), а затем масса тела, соответствующая ИМТ 17 до 18.

Нервная анорексия

Люди с рестриктивным типом анорексии оказываются успешными в своих усилиях и, постепенно, адаптируются к пониженному потреблению энергии. С последствиями своей проблемы они сталкиваются лишь под давлением серьезных трудностей или социальной среды. Свое состояние, ситуацию и возможные угрозы они, тем не менее, воспринимают лишь частично, а также в соответствии с удовлетворением после самоконтроля в приеме пищи и похудении, в соответствии с уже затраченной энергией и с предметом своего страха (главное не слишком поправиться). Некоторые аспекты своей проблемы они выделяют, другие подавляют, или неправильно толкуют («Я хочу набрать вес, но я не должна себя плохо чувствовать, я должна поправляться медленно и равномерно, я не могу есть, когда нахожусь в стрессовом состоянии» и т.д.). Эта, по сути, понятная логика их позиций, кажется непонятной для окружения («Она должна быть сумасшедшей, потому что такая худая и боится поправиться»), что только усиливает впечатление о болезненном состоянии пациента и неспособности справиться со своим заболеванием. Часто приходится прилагать усилия, чтобы избежать конфликта с пациентом, с его болезненным отношением и привычками. Таким образом, создается пространство для манипуляций, дополнительные варианты решения и ятрогенизация пациента. Некоторые терапевты предпочитают принять гипотезу о тяжелом психическом расстройстве, или его более сложной психической природы, чем неоднократно убеждать пациента в той действительности, которая кажется должна быть очевидной и тривиальной.

По данным причинам, работа с пациентом, страдающим анорексией, обычно бывает более трудной и длительной. По сравнению с булимией, значительно

больше времени в этом случае уделено мотивации к необходимым изменениям, поддержке и определении общей терапевтической цели. Терапевт предоставляет пациенту соответствующую обратную связь, но он не может защитить больного от последствий его поведения. В то же время, не стоит слишком запугивать пациента, напоминать об его отказе от сотрудничества, или обозначать его как-либо. Учитывая низкую, или изначально невысокую заявленную мотивацию больного и частую тенденцию избегания, работа с больным анорексией бывает более конфронтационной и директивной.

Адаптация к пониженному энергетическому приему, как правило, требует некоторых диспозиций или поддержку окружения. Поэтому, в случае нервной анорексии, мы часто сталкиваемся с более сложной личностной коморбидностью (особенно, с сильным беспокойством и педантизмом) и с социальной средой, где диеты и направленность на выполнение физических упражнений и самоконтроль играют важную роль. К долгосрочной КБТ нервной анорексии, с течением времени, целесообразно подключить систематическую десенсибилизацию, обучение релаксации и некоторые элементы межличностной и семейной терапии. Работа с семьями пациентов с анорексией играет в терапии очень важную роль в связи с их более юным возрастом и проблемным сотрудничеством (часто именно семья заставляет их начать лечение). Семью необходимо избавить от чувства вины, убедить ее в возможности изменения и привести к активному участию в решении отдельных проблем больного, даже ценой конфронтации с его страхом. Семья пациента должна знать, что чувства больного являются подлинными (страх, нетерпение, недоверие, чувство вины и т.д.), и что лечение анорексии не должно быть обнаружением ключевой проблемы или поиском более простых способов.

Нервная булимия

В отличие от пациентов с анорексией, больные булимией обращаются за лечением обычно добровольно и сами хотят лечиться. Проблема часто состоит в том, что их мотивация бывает односторонней и их отношение к лечению обременено неоднократным и драматически пережитым негативным опытом («Я ни разу не смогла справиться с этим!»). Они хотят перестать переедать, прекратить думать о еде, или, как они иногда говорят, «жить и питаться как другие люди», но не хотят отказываться от своих диетических привычек. Их основной интерес заключается в похудении, что при нормальном или низком весе тела может исключать решение. При наличии избыточного веса само снижение веса может сопровождаться изменением режима питания и значительно мотивировать пациента к следующим шагам. В любом случае, лечение булимии — значит изменение диетических предпочтений и устранение диетических ограничений. Чувство переедания у людей с булимией часто сопровождается депрессивной симптоматикой. Как правило, в качестве основной проблемы они указывают свои негативные чувства и опыт, и таким образом обусловливают изменение пищевых навыков и привычек. Большинство депрессивных симптомов пациента, так или иначе, связано с приемом пищи и отношением к собственному телу и отступают, только когда пациент получает контроль над своим пищевым поведением. Тем не менее, особенно в начале терапии, полезно поддерживающее лечение с помощью антидепрес-

сантов. Пациенту необходимо объяснить, что антидепрессанты не смогут решить его проблему, и что речь идет о поддержке, ограниченной во времени.

Переедание — относительное понятие (человек чувствует себя переевшим даже тогда, когда он съест больше, чем он привык, или хотел бы съесть), и поэтому ожидание, что психотерапия будет направлена на то, чтобы пациент уже никогда не переедал, оказывается непродуктивным. Чувство потери контроля над едой часто переносится на другие области поведения больного, и в терапии ему постепенно должна предлагаться соответствующая обратная связь и адекватные альтернативные варианты в данном направлении. Работая с некоторыми пациентами, мы не сможем избежать проблем с употреблением алкоголя, или же других наркотических веществ, воровства и беспорядочного поведения. При диагнозе «булимия» терапевт или семья пациента не смогут его защитить от последствий его же поведения, но в то же время, необходимо избегать драматизации и запугивания. Во время лечения следует поддерживать профессиональные отношения с пациентом, а также и отношения сотрудничества. В сложных ситуациях могут оказаться терапевты, которые также страдают ожирением, или имеют лишние килограммы, чей избыточный вес пациенты могут интерпретировать, как доказательство провала предлагаемых решений.

8.8.3. Методы КБТ при лечении расстройства пищевого поведения

Некоторые принципы КБТ имеют при лечении РПП особенное значение. Они относятся в основном к природе проблемы, касающейся повседневной жизни пациента, которую пациент хочет или не хочет решать (или соответственно, лишь отдельные из ее аспектов и часто под давлением) и, естественным образом, старается избежать некоторых неприятных моментов. Для этого пациент использует свои сильные стороны (образование, обаяние, интеллект) и некоторые социальные предрассудки. Обычно используемое клише, такое как «есть с аппетитом» или «решать проблемы медленно, но верно», могут при лечении нервной анорексии занять особое положения, создавая пространство для маневров избегания, манипуляции и запасных вариантов решения. По этой причине, с самого начала важно ясно структурировать терапию и определить ее время (сколько сеансов, как долго и с какой целью). Терапевт должен занимать активную, а в некоторых случаях директивную позицию, и в то же время быть максимально открытым и сотрудничающим. Он должен постоянно мотивировать пациента и приводить его к активному участию в решении проблем. При лечении РПП терапевт не может полагаться на бессознательную мотивацию пациента, а должен основываться на его сознательном опыте. Теории и выводы формируются лишь на основе эмпирических данных. Важную роль при лечении занимает активное обучение, конфронтация со стимулами и ситуациями, вызывающими тревогу, и домашние задания.

Амбулаторная КБТ нервной булимии включает 15—20 сеансов продолжительностью 45—60 мин. Амбулаторная КБТ людей, страдающих анорексией, обычно требует большее количество сеансов в течение более длительного промежутка времени. Рекомендуемая частота сеансов в этом случае установлена раз в неделю, во второй половине терапии, интервал может быть продлен до 14 дней. В дополнение к сеансам терапии, пациент может работать и с использованием терапевти-

ческого пособия, содержащего принципы лечения и конкретные рекомендации и задачи. Для некоторых людей, страдающих булимией, подходит групповая работа с пособием посредством супервизии (управляемая самопомощь). На чешском языке доступно «Пособие по нервной булимии и приступов обжорства» (Cooper, Votobia, 1995), или «Булимия — как бороться с перееданием» (Krch, Grada, 2003). Также существуют и пособия при анорексии (Krch: Нервная анорексия, Портал, 2002), которые могут быть использованы в процессе лечения.

Ч. Фэйрбурн и его коллеги подчеркивают следующие основные моменты КБТ при наличии пищевого расстройства:

1) осуществление записей о приеме пищи, мыслях и чувствах, которые сопровождают питание, или отсутствие питания, чрезмерную физическую активность и переедание;
2) регулярное взвешивание;
3) изменение схемы пищевого поведения (в особенности, преодоление редукционной диеты, расширение своего меню, планирование фактического приема пищи с целью нормализации пищевого поведения или увеличения массы тела);
4) когнитивное реструктурирование с целью определения и изменения привычных ошибок в мышлении (черно-белое мышление, чрезмерное обобщение и т.д.) и связанных с ними предположений, которые помогают поддерживать РПП;
5) профилактика рецидивов.

П. Купер указывает следующие шаги для преодоления булимии:

1) регулярное выполнение письменных записей;
2) разработка плана приема пищи;
3) выявление обстоятельств, ведущих к перееданию и поиск стратегий их предотвращения;
4) решение проблем;
5) прекращение диет;
6) определение дисфункциональных убеждений, связанных с проблемой приема пищи и поиск способов, как их изменить.

8.8.3.1. КБТ обследование

Первые несколько сеансов посвящены знакомству с пациентом. Терапевт должен получить представление о развитии проблемы, ее реальном контексте и ожиданиях пациента. Пациент, в свою очередь, должен ознакомиться с тем, что терапевт может ему предложить, какое лечение его ждет, и какими будут ожидания терапевта. Это позволит избежать недоразумений в процессе лечения и поддержит партнерскую, активную роль пациента. Терапевт не сможет избежать вопросов, которые больше всего интересуют больного. Как правило, ключевыми темами становятся изменения в режиме питания и вопрос о массе тела. Терапевту необходимо всегда быть открытым и дружелюбным. Пациент также должен знать условия взаимного сотрудничества. Мы рефлектируем подход больного и напоминаем о том, что изменения могут быть неприятными, и что серьезные уступки в этом случае невозможны. О весе пациента и порциях пищи всегда говорится в реалистичных интервалах, подходящими вспомогательными материалами мо-

гут стать соответствующие таблицы массы тела. Слишком протективный подход («мы должны действовать медленно, не запугать»), но и запугивающий, а также слишком категоричный считаются неуместными. Пациентам с булимией следует сказать об ограниченном количестве запланированных сеансов, чтобы они не затягивали с принятием решения. Людям с анорексией, но часто и больным с булимией, которые вызывают рвоту после приема пищи, целесообразно рекомендовать прохождение комплексного соматического обследования.

На первом сеансе, иногда уже после состоявшегося телефонного контакта, пациентам рекомендуется вести учет приема пищи. Мы признаем тот факт, что они ищут «легкие», соответственно, наименее болезненные решения, и что они для начала хотят избавиться от того, что неприятно. Это вполне понятно, но сначала им необходимо попытаться изменить свое отношение и поведение, которое может быть связано с дифференцированием неприятных ощущений. Мы напоминаем им о взаимосвязи между их чувствами и мыслями. Поддержка пациента должна быть очевидным фактом, но не главной целью. Пациент должен чувствовать себя в безопасности, даже если терапевт видит проблему иначе, чем сам пациент. Различие точек зрения терапевта и пациента не должно отражаться на открытости и взаимном сотрудничестве.

Пациентам с анорексией следует объяснить, что они в настоящий момент должны начать есть больше для достижения достаточного веса (они должны есть больше, чем хотят, или чем привыкли, больше, чем остальные люди), и заверить их, что поможем им предотвратить увеличение веса выше определенного значения, научим разумно контролировать потребление пищи. Мы должны уважать их страх булимии, даже если они истощены. На сеансы с более молодыми или, возможно, немотивированными пациентами следует пригласить их семью. То, что мы хотим сказать родителям или партнеру, может слушать и пациент.

Терапевт не должен ввязываться в сложные разговоры, типа «да, но ...», что естественным образом связано с амбивалентностью больного, который часто бывает недоверчивым, заранее опасается некоторых шагов, находится под давлением и имеет ряд вопросов, на которые хотел бы получить ответ. Для начала, важно получить информацию относительно расстройства и ситуации, в которой пациент находится, как он ее воспринимает. Терапевт должен знать, что пациент и его семья думают о происхождении проблемы и поддерживающих механизмах. Пациент обычно начинает с того места, где он видит начало проблемы. В случае булимии — это тот период, когда пациент начал переедать или вызывать рвоту, в случае анорексии — это вес, когда у больного начались проблемы, или он попал под влияние окружающих людей. Исследование должно быть продолжено — необходимо подробно обсудить пищевой и весовой анамнез больного и его близких. Развитие симптомов РПП связанно со страхом полноты, поэтому важно знать, откуда этот страх растет и с чем он связан. Не менее важными являются сведения о предыдущем лечении, какой информацией о РПП пациент обладает (какие книги он читал, интересуется ли он проблематикой РПП в интернете или посещает группу самопомощи), потому что, в этом контексте, пациент будет воспринимать наши интервенции и искать способы избежать некоторых неприятных шагов.

Цель обследования — совместная формулировка проблемы и обсуждение плана лечения. Вместо булимии и анорексии уместно говорить о переедании, недо-

статочном потреблении энергии, рвоте, и в общем плане использовать понятную терминологию относительно конкретных ситуаций. Во время первого обследования пациент должен узнать, каковы будут условия терапии. Сколько запланировано сеансов и с какой частотой, в чем состоит смысл записей о принимаемой пище и других домашних заданиях. У очень худых людей, страдающих анорексией, нет другого выбора, кроме как установить правило, что повторное снижение массы тела, т. е. пребывание в том же весе, может быть признаком неудачного амбулаторного лечения и причиной для госпитализации. Уместно открыто напомнить о том, что речь идет о некоторой форме манипуляции, которая по жизненным причинам является необходимой. В противном случае, терапевт не определит точный целевой вес, а просто предоставит пациенту соответствующую информацию. При формулировке проблемы и анализе возможных переменных, мы напоминаем о том, что речь идет о сложном вопросе, в котором важную роль играют диетические факторы. Пациенты часто приходят с теорией, что их проблемы начались тогда, когда им кто-то сделал замечание по поводу внешности, когда они под давлением семьи начали переедать, или напоминают о другом, четко определенном временем событии. РПП — проблема, которая развивается постепенно, и большую роль, чем целенаправленное замечание, имеют меняющиеся привычки и взгляды. Исследования в данном направлении также имеют образовательный характер. КБТ обследование бывает частью большинства сеансов, когда внимание акцентируется на новой проблеме (расширение рациона питания, режим питания, физические навыки, механизмы, вызывающие переедание и т.д.) и обсуждаются записи.

Запись о приеме пищи

Большое значение при лечении РПП имеют записи о приеме пищи. Они позволяют оценить фактические навыки приема пищи и обстоятельства, при которых появляются проблемы с едой. Они станут подтверждением активного участия пациента и напоминанием о том, что он не пытается решить свою проблему только на сеансах с терапевтом. Каждый следующий сеанс мы начинаем с анализа записей о приеме пищи после последней встречи. Данные записи позволяют оценить изменения и взаимосвязи, а также, важные обстоятельства. Они свидетельствуют о выполнении пациентом задания (изменение рациона питания, ограничение вредных продуктов, питание в ресторане и т.д.). На первом сеансе необходимо проинструктировать пациента, как надлежащим образом проводить записи о приеме пищи. Мы подчеркиваем тот факт, что записи следует проводить ежедневно, предпочтительно в заранее подготовленную форму или в блокнот, в котором страница разделена на шесть колонок. В первом столбце пациент записывает время приема пищи, во второй, вид и количество съеденной пищи (в кусках) и выпитых напитков. При этом он не должен указывать энергетическое содержание пищи. В третьей колонке необходимо записать место, где пациент принимал пищу, в четвертой, пишется примечание, чувствовал ли пациент себя переевшим, или, если он съел больше, чем хотел на самом деле, в пятой колонке указывается, вызывал ли пациент после приема пищи рвоту (Р), занимался ли он спортом, или принимал слабительные препараты. В последней колонке кратко описываются соответствующие обстоятельства, касающиеся рассматриваемой проблемы.

Пример записи приема пищи пациентки, страдающей нервной булимией

Дата: 7 октября (пятница)					
Время	**Вид еды, напитка**	**Место**	**Ощущение**	**Р/П**	**Обстоятельства и примечания**
6:45	Черный кофе	Кухня			У меня болит голова, я чувствую себя «надутой», бесформенной
10:20	1 слива, 100г винограда	Работа	*		Мне больше нельзя есть
12:00	Минеральная вода	Работа			-
12:30	Батончик мюсли, минеральная вода	Работа			Сегодня мне нельзя переедать
13:30	4 куска печенья, диетическая кока-кола	Работа			Я очень хочу съесть что-нибудь сладкое
14:15	6 кусков печенья, батончик мюсли, диетическая кока-кола	Работа	*		Чувствую себя усталой, думаю о том, что дома я опять переем
14:45	2 жвачки, минеральная вода	Работа			-
17:15	2 яблока	Работа			У меня страшное чувство голода
17:45	350 мл йогурта, помидор, немного салата	Кухня			Мне больше нельзя есть
18:00	Минеральная вода (0,75 л.)	Кухня			Наполню свой желудок водой
18:30	250г. творога	Кухня	*		Я сорвалась
18:45	Печенье, 2 пончика, 5 бутербродов с сыром, 2 булки, колбаса 1 кусок торта	Кухня Кухня Кухня Кухня	*		Я чувствовала себя виноватой, потом подумала, что теперь уже голодать не имеет смысла, и съедала все, что я нашла. Меня тошнит от самой себя
21:00	3 яблока	В постели			Мне уже все равно

Проблематику записи приема пищи следует обсудить с родителями или партнером пациентки. Мы должны напомнить им, что речь идет о конфиденциальном материале, который они не могут заполнять вместо пациента, и который не могут даже контролировать. Мы не применяем такой подход, как контроль записей, и не учитываем альтернативой вариант, что пациентка придумывает себе что-либо, или намеренно искажает действительность. При сомнении в достоверности записей, мы обсуждаем данный вопрос с пациенткой, укажем свои причины для сомнений и подчеркнем тот факт, что это не экзамен, а рабочий материал, который очень важен, в особенности, для нее самой. Мы допускаем что, если пациентка в какие-то дни не успеет сделать записи о приеме пищи, это лучше, чем придумывать недействительные данные. Однако если пациентка регулярно отказывается делать записи, или под различными предлогами их не выполняет, мы можем прервать терапию. Это не наказание, мы просто приходим к выводу, что без необходимых записей не можем продолжать лечение, и снова напоминаем пациентке об их важности. В конце терапии пациентка должна начать соблюдать новые привычки в режиме питания и без осуществления записей, что может стать проблемой для некоторых беспокойных пациентов. Таким образом, некоторые пациенты должны будут осуществлять запись каждую вторую неделю и в ту неделю, когда они ничего не записывали и питались одинаковым образом. Запи-

си становятся рабочим материалом, нам придется делать в них соответствующие пометки, исправлять их можем и мы, и пациентка, которая также должна дополнять их конкретными примечаниями.

8.8.3.2. КБТ расстройств пищевого поведения

Образование и цели лечения

Цель лечения РПП заключается в редукции его основных симптомов, следовательно, восстановлении соответствующей массы тела и привычек питания, а также преодолении несоответствующих или чрезмерных способов контроля веса. Образование о надлежащем питании и массы тела — это уже часть постановки определенных целей. Терапевт должен подробно обсудить эти темы с пациентом и напомнить о последствиях, которые из них вытекают. В различных контекстах, терапевт возвращается к упоминанию об этих последствиях на протяжении всего процесса лечения. В частности, консультирование по вопросам питания в дополнение к когнитивной терапии считается основой КБТ нервной анорексии и булимии.

Масса тела

В контексте личного и семейного анамнеза с пациентом следует неоднократно обсудить влияние результатов лечения на массу тела. Для девушек в возрасте до 16 лет целесообразно использовать таблицы со средними или рекомендуемыми значениями. Мы объясняем пациенту расчет ИМТ и его оценку. Пациенты, страдавшие ожирением, скорее всего, будут находиться на верхнем пределе интервала. Знакомим их с естественным значением дисперсии, напоминаем о том, что вес увеличивается вместе с возрастом, что краткосрочное поддержание определенного веса в рамках диеты, как правило, не значит постоянно устойчивый желаемый вес, или что соответствующая масса не является той, при которой пациент себя лучше всего чувствует. Людям, страдающим анорексией, необходимо напоминать о том, что целью их усилий должна стать прибавка в весе. С определенным пределом веса на нижней границе нормы связаны некоторые диетические (питательная диета, дополнительное питание) и физические рекомендации. Основные таблицы веса и рекомендуемая масса тела для детей находятся в руководстве «Нервная анорексия», которое было опубликовано издательством Портал (Portál).

Диеты и переедание

Как и больные, страдающие анорексией, большинство больных булимией имеют глубоко усвоенные и рационализированные диетические предпочтения, которые часто связывают со здоровым или соответствующим питанием, или объясняют посредством различных проблем со здоровьем. Отклонение от своих привычек и представлений они с легкостью воспринимают как переедание. Таким пациентам уместно прояснить связь между представлениями, мыслями и чувствами, а также относительность их переживания. Они должны знать, что диета — это, когда они пропускают какое-либо главное блюдо, или определенную категорию продуктов. Излечиться от РПП значит, что пациент заново определяет границы соответствующих привычек питания и степени самоконтроля. Он должен осознать, что может контролировать себя и без чрезмерного самоконтроля, как происходит

при анорексии и чувствовать себя переевшим или совершить диетическую ошибку без чрезмерного переедания.

Когда люди, страдающие булимией, перестают вызывать рвоту, страх упитанности может помочь им в контроле пищевого поведения, однако, это не должно перейти в чрезмерный самоконтроль. В этом случае они не могут полагаться на свои физические ощущения, регулирующие потребление продуктов. Тогда им очень помогает правило механического приема пищи. Люди, страдающие анорексией, должны знать, что в течение длительного времени они будут чувствовать себя переевшими. Этого невозможно избежать, так как человек чувствует себя переевшим, когда съест больше, чем привык, и больше, чем он хотел бы.

Что касается переедания при булимии, мы предупреждаем пациента о необходимости активного создания безопасных условий (покупка продуктов питания, приготовление пищи, застолье, выбрасывание остатков еды и т.д.) и поиска альтернативных вариантов, которые могут помочь ему предотвратить ситуацию, в которой возникнет желание переесть. Вместе с пациентом следует определить механизмы, вызывающие переедание. Речь идет о внутренних (депрессия, чувство переедания, недовольство своим телом и т.д.) и внешних факторах, которые в разной степени можно контролировать. С этим, конечно, пациент соглашается, особенно, когда речь идет о субъективно неприятных для него возбуждающих механизмах, таких как стресс, депрессия или неудовлетворенность своим телом. Ограничить влияние именно этих факторов бывает самым трудным — в большинстве случаев они не могут быть полностью устранены, и следует научиться с ними жить. В отличие от этого, сравнительно легко можно создать более безопасные условия для приема пищи и убедиться, что обеспечено важнейшее условие предупреждения переедания — сытость пациента.

Рацион питания и пищевые привычки

То, что мы иногда воспринимаем как признак болезни, не является ничем другим как последствием адаптации. Люди, страдающие анорексией и булимией, по разным причинам и под давлением различных влияний постепенно освоили определенные пищевые навыки, которые стали частью их текущей проблемы, и частью их личной истории. Они начали ограничивать себя в еде не только потому, что хотели похудеть, но и для того, чтобы они, например, могли быстрее бегать, решить определенную проблему в отношении своего здоровья или потому, что у них было слишком много работы. Их привычки и точки зрения часто выглядят как утрированная карикатура привычек и взглядов на окружающий мир. Для достижения серьезных изменений в диете, и таким образом, решения своей проблемы, им часто мешает желание поесть с аппетитом. С самого начала пациентам следует подчеркивать важность регулярного режима приема пищи. Пациент должен съесть 3 основных блюда в день, включая полдники между приемами пищи с самым длительным интервалом — в основном идет речь о полднике после обеда. Пациент должен ужинать после 18:00 часов, в противном случае вечер будет слишком длинным и опасным. Люди, страдающие анорексией, должны ежедневно иметь 2 плотных полдника, и, если они не начнут поправляться, добавить второй ужин. Важно объяснить им, что на данном этапе, они не могут есть как другие люди, что им нужно съедать больше пищи, что они не могут есть с аппетитом

и только тогда, когда они голодны. Людей с булимией и анорексией мы учим есть механическим и безопасным способом. Это значит, что они должны есть за столом и то, что едят другие люди.

Большинство девушек с РПП утверждают, что они вегетарианки. Таким образом, их рацион питания опасно сужается и увеличивается риск переедания сладостями или выпечкой. Их рацион питания с точки зрения риска развития гипогликемии должен быть богатым белком. Поэтому, мы рекомендуем, как можно быстрее расширить свой рацион питания, по крайней мере, начать употреблять рыбу и мясо птицы. Важным моментом должно стать соблюдение пропорции пищи. Основное блюдо не только богаче, но, также имеет другой состав, чем полдник или закуска. Мы не рекомендуем употреблять суп, сосиски, мюсли или салаты в качестве закуски. Для людей с булимией, наоборот, бывает опасен сладкий ужин. Важно напомнить об опасности низкоэнергетических и небольших количеств продуктов (печенье или сушеные фрукты), которых пациент не боится и поэтому может с легкостью их переесть. Опасным может быть и большое количество фруктов. Употребление сладкого в разумном количестве уместно после основного блюда, либо на завтрак и обед. После сладкого нежелательно есть что-либо соленое. Рацион питания пациентов должен быть настолько многообразным, чтобы они смогли нормально поесть в любом месте. Одна из основных целей терапии РПП — попробовать научить пациентов нормально питаться. Более подробную информацию о режиме и рационе питания, размере порций или поддержании пищевого режима пациентов с нервной анорексией можно найти в одном из пособий по самопомощи.

Важной частью лечения РПП должно стать введение соответствующего плана питания, который должен быть настолько конкретным, чтобы принудить пациента соблюдать порядок приема пищи, и чтобы его режим питания приобрел определенную структуру. В то же время, план должен быть достаточно свободным, чтобы его случайное несоблюдение не привело к пропуску приема пищи или, наоборот, — перееданию. Время потребления еды устанавливается в конкретных интервалах, не нужно придерживаться каких-то специальных продуктов питания, если это не часть более широкого плана (например, пойти в ресторан, заказать десерт, съесть сытную закуску или включить в рацион питания мясо и гарнир).

Советы, касающиеся чрезмерной физической активности, вызова рвоты и злоупотребления слабительных препаратов

Очень часто, люди с анорексией имеют тенденцию компенсировать повышенное потребление энергии её чрезмерным расходом. Таким образом, постепенно создаются неподходящие стереотипы, которые необходимо разрушить. У людей с анорексией мы лимитируем чрезмерную физическую активность (следует установить совместно с пациентом) достижением определенного минимального веса. До этого времени, подходящими могут быть лишь несложные рекреационные физические упражнения, связанные с релаксацией. Важным моментом должен стать разрыв связи между запланированными приемами пищи и физическими упражнениями. Пациенты могут позволить себе более сытный ужин или десерт, даже если они не будут выполнять физические упражнения. Тощие девушки не должны быть подвержены риску переохлаждения, или чрезмерным физическим уси-

лиям. Для людей, страдающих булимией, не подходят тренажеры, показывающие потребляемую энергию.

Многие девушки не начинали бы вызывать рвоту, если бы знали, что рвота — не только опасный, но и неэффективный метод похудения. Они начинают вызывать рвоту и принимать слабительные препараты для того, чтобы получить контроль над своим перееданием. Эта привычка, в свою очередь, связана с ослаблением самоконтроля, потому что уменьшает страх полноты и дает право на переедание. С переполненным желудком легче вызвать рвоту. Таким образом, некоторым пациентам с анорексией и булимией следует объяснить, что рвота приводит к перееданию. Большинство больных булимией также не знают, что рвота не удалит все калории из организма. Сахар начинает расщепляться во рту, и обрабатывается довольно быстро. Посредством рвоты больные могут избавиться только от 40—60 % энергии съеденной пищи. Опасны и абсолютно неэффективны слабительные средства. Они вызывают опорожнение толстой кишки, которое происходит тогда, когда энергия уже была использована в тонком кишечнике.

Изменение отношения к себе, своей фигуре и массе тела

РПП — это чрезмерный страх полноты, отсутствие доверия к собственным физическим ощущениям, в том числе нарушенное, искаженное болезнью отношение к своему телу. Не случайно говорится, что у страха глаза велики. Изменить несоответствующие убеждения, также значит изменить некоторое более общее отношение больного и образ его мышления. Жизнь с проблемой, которая содержится в его опыте, проявляется и в других областях личной и общественной жизни, и неудачные попытки решить проблему понижают самооценку пациента. Трудно определить, что было связано с развитием проблемы и что является последствием. В любом случае, эти принципы и способы мышления действуют в качестве поддерживающего фактора.

Все эти неуместные, неадекватные, деморализующие ожидания, суждения, убеждения и отношение можно свести к понятию негативных мыслей. Негативные они потому, что препятствуют соответствующему решению проблем, и потому, что содержат в себе отрицание возможного решения проблемы и собственной значимости. Эти негативные мысли характеризуются тем, что они приходят на ум человеку автоматически и непреднамеренно. Они являются частью, казалось бы, неразрешимых порочных кругов. Чем больше пациент беспокоится о своем предполагаемом избыточном весе и боится переедания, тем чаще к нему возвращаются эти мысли. Даже его чрезмерная худоба не может убедить его в том, что ему не угрожает полнота, даже предупреждений друзей или врача недостаточно ему для того, чтобы прекратить диету. В крайних точках черно-белого мышления он может не переесть только тогда, когда ничего не ест, и единственное решение он видит в абсолютном самоконтроле («Я ужасна, потому что не в состоянии есть так, как хочу — придерживаться диеты»). Пациент подавляет положительный опыт, драматизирует и преувеличивает собственное несовершенство («Я съела слишком много, переела, все выходные будут плохими»). Черно-белое мышление, эмоциональные мышления, обидчивость, эгоцентризм или склонность к неуместным выводам — когнитивные ошибки, которые можно встретить и у людей с другими проблемами.

С большинством этих неуместных когнитивных стратегий можно спонтанно столкнуться во время отдельных сеансов. Подробно мы рассмотрим их на более поздних этапах лечения. Пациенту необходимо осознать основные закономерности ошибочных взглядов, которые он постоянно повторяет, и которые не дают ему возможность справиться с проблемой. В рамках общей работы, как правило, происходит идентификация конкретной мысли («Я не в состоянии контролировать потребление пищи. Я ни на что не способна»), которая должна быть четко сформулирована пациентом. Затем, мы с пациентом обсуждаем аргументы, которые поддерживают эту мысль, и те, которые ей противоречат. Пациент в этой полемике обнаруживает неадекватность своей позиции, знакомится с иным взглядом на данную проблему, меняет свои выводы и определяет новую точку зрения на мир и на проблемное поведение. Таким образом, пациент постепенно учится не подменять факты и чувства и не делать несоответствующих выводов. При обсуждении этих мыслей (возвращаемся к ним на следующих сеансах) у пациента снижается их влияние и автоматический характер.

С мыслями, типа «Я не могу любить себя, если не буду весить меньше чем..., или, если поправлюсь» мы работаем аналогичным образом, как и с другими негативными мыслями. Девушки, страдающие РПП, часто обращаются за лечением с тем ожиданием, что в ходе терапии они научатся любить свое тело. Они драматично описывают, как не любят себя («Я должна вызывать рвоту, потому что я ненавижу себя, ненавижу свое тело»). Расспрашивая, мы без труда узнаем, что изменение убеждений у таких пациентов связано с категорическим ожиданием снижения массы тела или изменением формы тела. Иногда можно использовать специфические методы, обеспечивающие больному соответствующую обратную связь и диалог по поводу дисфункционального взгляда на свое тело, например, работа с видеосъемкой, фотографиями, или комментирование изображения фигуры. В этом случае могут использоваться релаксационные методы или психогимнастика. Важно не сделать негативное отношение к своему телу главной проблемой лечения РПП. Этим мы лишь усилим несоответствующие ожидания, что разумные пищевые навыки обусловлены удовлетворенностью своим телом. Цель терапии — не идеальное тело или стопроцентная удовлетворенность своей внешностью. Человек может быть недоволен своим телом и безопасно принимать пищу, или иметь какие-либо замечания к своему телу и быть успешным, привлекательным и счастливым.

Терапевт должен всегда принимать страх, который сопровождается физическими изменениями у пациентов, страдающих анорексией. Их чувства становятся понятными и аутентичными. С одной стороны, они хотят набрать вес, а с другой стороны, их может пугать выступающий живот или опухшее лицо. Пациенты должны быть ознакомлены с физическими диспропорциями, которые сопровождают изменения массы тела (в особенности, заполнение желудочно-кишечного тракта, рвота и отек), и вместе с этим, как их чувства могут менять восприятие своего тела. Целесообразно подробно обсудить преморбидные отношения к индивидуальным частям тела, их текущие ожидания и реальные возможности, в том числе возможного преувеличения. Пациент должен узнать свое тело и заботиться о нем не угрожающим способом. Он должен получить реалистичное представление о своем внешнем виде.

Кроме оспаривания несоответствующих ожиданий, касающихся собственного тела, его пропорций и веса (вопросы о соответствующей массе тела, о пропорциях тела членов семьи пациента, об отношении к тревоге и восприятию, о связи данных точек зрения и пищевого поведения и т.д.), мы напоминаем пациенту об относительности и социальном контексте отношения к телу и физической красоте. Большинство сверстников пациента не удовлетворены своим телом, и интерес пациента и критичность увеличиваются пропорционально той энергии, которую он уделяет самоконтролю. Важным является вопрос об интересах и увлечениях пациента. Некоторые мероприятия помогают улучшить представление о своем теле, другие могут оказаться контрпродуктивными (например, посещение тренажерного зала). При необходимости, можно подталкивать пациента к тому, чтобы он перестал прятать свое тело и не боялся конфронтации с другими людьми (посещение бассейна, загорание, переодевание и т.д.).

Профилактика рецидивов

При завершении лечения необходимо подготовить пациента к опасностям и рискам, которые могут возникнуть в будущем. Пациентам с анорексией должна быть предложена поддержка даже в тот период, когда они едят больше, чем обычно, и когда существует угроза того, что они могут заново начать переедать. Особенно опасны те убеждения, о которых знает большинство людей, придерживающихся диеты: «У меня не та фигура, о которой я всегда мечтала, поэтому уже не имеет никакого значения, что и как я буду есть», или «Если я не в состоянии себя контролировать настолько, насколько я хочу, тогда я полностью перестану себя контролировать». Как люди с анорексией, так и с булимией, должны быть предупреждены об опасности диет, которые ограничивают человека слишком строгими жизненными границами. Точно так же они должны попробовать сами убедиться в том, что могут разумно контролировать себя в еде, и что это не обязательно должна быть диета, что у них может присутствовать страх потолстеть, и что им не обязательно постоянно и чрезмерно контролировать себя. Мы повторно обсудим вопросы безопасных покупок продуктов, приготовления и выбора пищи, режима питания и запасов. В конце лечения пациенты привыкают к тому, что могут совершить диетическую ошибку и ничего не произойдет (представление о неудаче находится в категории негативных мыслей). Они не должны заранее планировать ошибки, так как существует разница между ошибкой и опасным развитием событий. Мы возвращаемся к некоторым опасным ситуациям, таким, как рождество, семейные торжества и другие исключительные события, связанные с едой и непривычной физической нагрузкой. К этому времени пациенты уже должны пробовать съедать больше привычного, регулярно питаться и не запрещать себе съесть какое-либо блюдо. Они должны осознавать, что их масса тела будет изменяться в определенном диапазоне. Адаптация к естественным колебаниям массы тела (менструальный цикл, время года) значит не только то, что они не будут паниковать, когда вес неожиданно увеличится, но что они не будут сопротивляться искушению, когда их вес снизится. Нельзя забывать о проблеме чрезмерной физической активности. С людьми, страдающими булимией, иногда уместно обсудить вопрос о перепадах их настроения, употреблении алкоголя и наркотиков.

Часть профилактики рецидивов — повторение текущего развития событий, акцентирование положительных моментов и переформулирование проблемы. Неопределенность дальнейшего развития естественна, но пациент уже знает, как оценить и решить подобную проблему. При наличии проблемы, на некоторое время целесообразно вернуться к записям соответствующих стратегий, которые помогают справиться с желанием переедать, вызывать рвоту или не есть. С каждым отдельным пациентом мы обсудим его слабые места и поговорим о том, как определить опасное развитие событий, которое иногда может показаться оправданным («У меня нет времени на то, чтобы поесть» или «Когда я нахожусь в стрессовом состоянии, я не могу так много есть»). Это ситуации, связанные с чрезмерным весом, проблемами на работе, эмоциональными и семейными трудностями или с изменением среды. В будущем могут также оказаться опасными все ситуации, которые сопровождаются изменением пищевых привычек и массы тела. Поэтому, мы в частности обсуждаем возможности диет с точки зрения здоровья, изменения жизненных условий (например, выезд за границу, выход на работу, или начало учебы в институте) и беременности. Перед окончанием лечения пациент привыкает к безопасному питанию без помощи соответствующих записей о потреблении пищи, к которым следует вернуться в случае возникновения проблемы. В качестве вспомогательного материала пациенту может послужить и руководство по данному вопросу.

Литература

Bruch H. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. NY: Basic Books, 1973.

Cooper P.J. Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Olomouc: Votobia, 1995.

Craighead L W., Agras W.S. Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. J. Consult. and Clin. Psychology, 1991, č. 59.

Fairburn Ch. G., Welsch S.L. et al. Risk factors for bulimia nervosa. Arch. Gen. Psychiatry, 1997, č. 54.

Fairburn Ch.G., Jones R., Peveler R., Hope R.A., O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behabiour therapy. Arch. Gen. Psychiatry, 1993, č. 50.

Fairburn Ch.G. Kognitivně behaviorální přístup k léčbě mentální bulimie.//Krch F.D. (ed.) Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 1999.

Fisher M. The course and outcome of eating disorders in adults and adolescents. A Review of Adol. Med., 2003, č. 14.

Garner D.M., Bemis K.M. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. Cognitive Therapy and Research, 1982, č. 19.

Garner D.M. Přehled léčby poruch příjmu potravy.//Krch F.D. (ed.) Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 1999.

10. Krch F.D. Mentální anorexie. Praha, Portál, 2002.

Krch F.D. Bulimie: Jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada, 2003.

Vitousek K.B. Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa.//Brownell K.D., Fairburn Ch.G. (eds.) Eating Disorders and Obesity. NY: Guilford Press, 1995.

Vitousek K.B., Orimoto L. Cognitive-behavioral models of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity.// Dobson K.S., Kendall (eds.) Psychopathology and Cognition. San Diego: Academic Press, 1993.

White J.G. The use of learning theory in psychological treatment of children. J. Clin. Psychol., 1959, č. 15.

Wilson G.T., Fairburn Ch.G., Agras W.S. Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa.// Garner D.M., Garfinkel P.E. (eds.) Handbook of Treatment for Eating Disorders. NY: Guilford Press, 1997.

8.9. КБТ ожирения

Ива Малкова

8.9.1. Описание расстройства

Ожирение определяется как повышенное количество жировой ткани. Это многофакторное обусловленное метаболическое расстройство, и необходимо учитывать индивидуальную генетическую условную предрасположенность к накоплению жировых запасов при положительном энергетическом балансе (Hainer, 1997). Если бы это определение точно отражало проблемы ожирения, то терапия была бы областью соматической медицины и соматически ориентированных врачей, но к сожалению, до настоящего времени ситуация выглядит иначе. Ожирение следует воспринимать комплексно — это не только расстройство, касающееся ненадлежащего состава тела, но это также несоответствие в когнициях и эмоциях людей, страдающих ожирением, которые часто, по причине черно-белого мышления, проживают свою жизнь во имя снижения веса. Жизнь людей, страдающих ожирением, состоит из периода, когда они начинают радикально неподходящую диету, и периода абсолютной неконтролируемости и чрезмерного приема продуктов питания, когда они набирают силы, чтобы начать другую диету. Поэтому и терапию следует воспринимать комплексно, и лечить не только соматические нарушения, неправильные привычки питания и физической активности, но также сосредоточить свое внимание на когнициях и эмоциях, которые приводят к неадекватному поведению. Это особенно действует в отношении более легкой степени ожирения (ИМТ до 35), где КБТ очень эффективна. По этой причине данной категории ожирения (и избыточного веса) мы уделим особое внимание. У людей, страдающих тяжелой степенью ожирения (ИМТ более 40), КБТ следует комбинировать с другими подходами (фармакологическая терапия, хирургический подход, низкоэнергетические белковые диеты), а также, в этом случае необходимо профессиональное сотрудничество с врачами, занимающимися ожирением.

8.9.1.1. Клинические проявления ожирения

После строгой диеты, когда Мария за 4 недели успешно похудела на 5 кг, первый раз за месяц съела кусочек шоколада. Вдруг она почувствовала непреодолимое желание есть сладкое еще и еще. Она начала выпекать печенье и сладкое, от которого она очень долго отказывалась, это стало практически ее наркотиком. Она перестала взвешиваться и увеличила количество потребляемой пищи с той мыслью, что после Рождества и Нового года снова начнет худеть. Когда она встала на весы, была шокирована тем, сколько она снова набрала из старательно скинутых килограммов. Этих попыток снижения веса с последующим перееданием у Марии было уже бесчисленное количество. Вес, к сожалению, растет. Мария обычно набирает намного больше килограммов, чем ранее сбросила. Массу времени своей жизни Мария тратит на размышления о потере веса и у нее не остается достаточно энергии на выполнение другой деятельности, которой она занималась ранее. Она пере-

стала заниматься спортом, потому что у нее возникли проблемы с опорно-двигательным аппаратом.

Ева — мама красивого ребенка. Во время беременности она набрала определенный вес. Декретный отпуск стал для нее серьезным поворотом в жизни и отношением к пище. Ранее она совсем не думала о еде, это не было важно для нее. На работе она обедала с коллегами, а во время праздников для нее не существовало никаких соблазнов. Дома присутствует слишком много ситуаций и раздражителей, которые провоцируют Еву покупать, даже если она совсем не голодна и ранее она бы даже не подумала о еде. Смешивание каш, доедание остатков, спокойствие после засыпания ребенка и, по-прежнему, доступный холодильник. Она носит юбки на резинке и неприятное чувство по отношению к самой себе еще больше привязывает ее к дому. Она не может себе представить, что пойдет куда-либо заниматься спортом или в общество людей, как раньше, ей стыдно переодеться в купальник.

Елена всегда была активной и энергичной. Потом она вышла замуж и, постепенно, обнаружила, что может хорошо проводить выходные вместе с мужем перед телевизором и увеличивать свое спокойствие приемом пищи. Она приняла его образ жизни. С течением времени, они по-прежнему едят примерно столько же, а двигаются все меньше и меньше. Узнав, что она весит в 2 раза больше, чем перед свадьбой, вовсе перестала взвешиваться. Она просто меняет свой гардероб. Между тем, даже наличие у нее гипертонии и сахарного диабета не привели к тому, чтобы начать вместе с мужем (который доволен этой жизнью и не любит каких-либо изменений) жить по-другому.

С ожирением связаны как риски для здоровья (кардиоваскулярные заболевания, сахарный диабет 2 типа, ортопедические, кожные осложнения и другие), так и психологические факторы риска. Общественная оценка ожирения несет отпечаток культурных традиций общества, где все еще преобладает идеал женского тела, размер которого близок к анорексии. Избыточный вес связан с отсутствием самоконтроля, который в настоящем мире, ориентированном на эффективность, имеет существенное значение. Люди, страдающие ожирением, иногда рассматриваются в качестве неполноценных, как с точки зрения физической привлекательности, так и в отношении личностных (лень, безволие, глупость, некрасивость) и профессиональных качеств. Даже в популярных средствах массовой информации люди с ожирением представлены с отрицательной коннотацией. Несмотря на эту дискриминацию и возможное затруднительное социальное положение, в психологических тестах не выявляются существенные различия личности между людьми с нормальным весом и людьми с ожирением. Общественный идеал худобы способствует тому, что люди с ожирением, как правило, имеют искаженное восприятие собственного тела, к которому имеют негативное отношение. Они не понимают, что значение их личности заключается не в их весе, но что они могут любить себя за свою доброту, юмор, интеллект и т.д. Бихевиоральное последствие ожирения проявляется в откладывании некоторых видов деятельности на время после снижения веса (создание партнерских отношений, поиск лучшего рабочего места, занятие физической активностью, купание в общественных местах, участие в общественной жизни и т.д.). Когнитивные последствия проявляются в

чрезмерном размышлении над проблематикой снижения веса и в негативном отношении к своему телу. Эмоциональным следствием бывает расстройство. Люди с ожирением, которые ищут квалифицированную помощь или страдают от приступов переедания и булимии, (Brownel и др., 1995) для снижения веса выбирают способ, близкий к голоданию, вследствие чего возможно появление депрессии и тревоги. Ожирение иногда приводит к ухудшению качества жизни.

8.9.1.2. Диагностика ожирения

Ожирение определяется чрезмерным распространением жировой ткани в организме. Доля жира в организме определяется в соответствии с полом, возрастом и этническим характером населения. Физиологически, более высокая доля жира присутствует у женщин (норма до 28-30 %), чем у мужчин (норма до 23—25 %). С возрастом доля жира в организме увеличивается. С учетом того, что не всегда возможно измерить жир, для оценки используются различные показатели ожирения. Часто используется индекс массы тела ИМТ (от англ. Body Mass Index), который в прошлом веке определил А. Кетле. ИМТ рассчитывается таким способом, что вес, выраженный в килограммах, делится на рост в квадрате, который выражается в метрах.

ИМТ = масса тела (кг) / [рост (м)] 2

ИМТ также можно определить на основании данного графика.

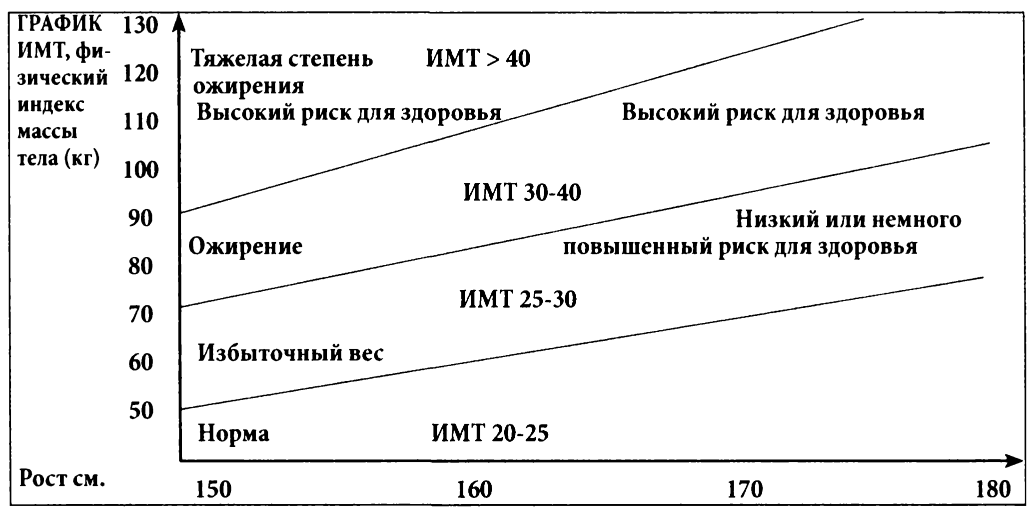


Рис. 8.38. График ИМТ

ИМТ представляет ориентировочную оценку ожирения, она не отображает долю жира и массу тела без жира. При одинаковом ИМТ, женщины имеют большую долю жира, чем мужчины, а также старшее поколение имеет большую долю жира, чем молодые люди. У спортсменов, занимающихся силовыми видами спорта (тяжелоатлеты, культуристы) повышенный ИМТ может отражать быстрый рост мышечной массы, а не жира. Кроме того, некоторые расы могут иметь различные пропорции жира при аналогичном ИМТ. Несмотря на вышеуказанные оговорки, ИМТ является самым простым способом для оценки степени ожирения, и на его основании мы можем определить риски для здоровья, связанные с ожирением (Hainer, 1997).

Риски для здоровья в соответствии с категориями ИМТ

ИМТ	Категории в соответствии с WHO IOTF	Риски для здоровья
18,5—24,9	Нормальный диапазон	Минимальные
25—29,9	ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС	Низкие или немного повышенные
30—34,9	ОЖИРЕНИЕ I степени	Высокие
35—39,9	ОЖИРЕНИЕ II степени	Высокие
> 40	ОЖИРЕНИЕ III степени	Очень высокие

Определение ожирения в соответствии с разложением жиров

С точки зрения рисков для здоровья существенно разложение жиров.

Ожирение висцеральное, андроидное, мужского типа, похожее на «яблоко»:

Характеризуется накоплением жира внутри брюшной полости и в области грудной клетки. Связано с более частой распространенностью метаболических и кардиоваскулярных осложнений ожирения.

Ожирение гиноидное, женского типа, похожее на «грушу»:

Характеризуется увеличенным подкожным жиром, особенно в области ягодиц и бедер. С точки зрения здоровья менее рискованно, чем мужской тип ожирения. Ранее классифицировался андроидный и гиноидный тип ожирения в соответствии с соотношением между окружностью талии и бедер. Сегодня считается достаточным показатель метаболических и кардиоваскулярных рисков только окружности талии (измеряется в горизонтальной плоскости в середине расстояния между тазобедренной костью и нижним краем последнего ребра).

Окружность талии, определяющая высокий или повышенный риск метаболических и кардиоваскулярных осложнений ожирения у мужчин и женщин

	Повышенный Риск	Высокий Риск
Мужчины	> 94 см	> 102 см
Женщины	> 80 см	> 88 см

КБТ, как правило, достаточна для людей, имеющих избыточный вес или легкую степень ожирения (ИМТ до 35) без осложнений для здоровья. При более тяжелой степени ожирения, либо при осложнениях для здоровья подходящим вариантом может стать совместное сотрудничество с медицинским специалистом, занимающимся непосредственно вопросами ожирения, и в случае необходимости комбинировать КБТ с другими методами, применяемыми при лечении ожирения.

8.9.1.3. Эпидемиология ожирения

Распространенность ожирения растет не только в развитых странах, но в последнее время, также в развивающихся странах, которые вместе с экономическим развитием принимают токсичную окружающую среду типичную для западной цивилизации (пищевые привычки, малоподвижный образ жизни). Распространенность ожирения в Европе составляет 10—20 % у мужчин и 10—25 % у женщин. Самую высокую распространенность ожирения можно отметить в Центральной и Восточной Европе, где избыточный вес (ИМТ более 25) затрагивает более 50 % взрослого населения. В Чешской Республике распространенность ожирения составляет 20 % у женщин, 16 % у мужчин, и 50 % имеют вес больше нормального (Hainer, 1997). Мы видим, что ожирение достигло таких масштабов, что эксперты не в силах работать с каждым пациентом индивидуально. На основа-

нии различных обзоров, очевидно, что примерно 40—80 % взрослого населения пытаются похудеть, 95 % женщин, по крайней мере, один раз в своей жизни придерживаются какой-либо диеты (Málkova, 1994). В Чешской Республике на одного участкового врача приходится 220 пациентов, страдающих ожирением (ИМТ 30—35), на одного эксперта, занимающегося непосредственно вопросом ожирения, приходится 2825 пациентов, страдающих средней и тяжелой степенью ожирения (ИМТ> 35). В Чешской Республике существует 5 центров для диагностики и лечения ожирения (Прага, Пльзень, Градец Кралове, Брно и Острава), которые предназначены для пациентов с тяжелой степенью ожирения, или для пациентов, имеющих проблемы со здоровьем, связанные с лишними килограммами. Когда мы осознаем, что в Чешской Республике каждый второй человек имеет избыточный вес, становится ясно, что миллионы людей не смогут получить профессиональную помощь. Таким образом, все более важными становятся программы, способные при небольших затратах оказать помощь определенному количеству людей, страдающих ожирением.

8.9.1.4. Этиопатогенетические факторы ожирения

Как следует из главы 8.9.1.1, ожирение имеет множество причин. В следующем изложении данной главы мы сосредоточимся исключительно на тех причинах, при которых КБТ может использоваться в качестве терапевтического метода. Четко определенное эндокринное и генетически обусловленное, либо медикаментозно вызванное ожирение (например, синдром Кушинга, гипотиреоз и т.д.) составляют небольшой процент ожирения, и в этом случае основным должно быть иное лечение, чем КБТ.

В развитии и поддержании ожирения участвуют многие факторы, наиболее важные из них — биологические, психологические и социальные. Эти факторы взаимодействуют друг с другом и, кроме того, влияние данных отдельных факторов может меняться в разных ситуациях и при различных условиях. В случае каждого отдельного индивида факторы могут проявляться по-разному (Málkova, 1995).

Биологические факторы

Биологические факторы подробно обсуждаются в различных изданиях, в которых рассматриваются вопросы относительно ожирения с медицинской точки зрения, и поэтому, мы лишь кратко остановимся на них. Основной и наиболее распространенной причиной относительно развития и сохранения ожирения считается продолжительный дисбаланс между потреблением и расходом энергии. Этот дисбаланс может произойти либо по причине долгосрочного повышения потребления энергии, или снижения физической активности, если она не сопровождается пропорциональным уменьшением потребления пищи. Регулирование веса не может компенсировать неправильные привычки питания и недостаток физической активности. Лишь немного позже происходит нарушение обмена веществ (метаболизма), в особенности сахаров и жиров. Причина ожирения не может быть сведена к недисциплинированности в еде, отсутствием воли и отсутствием физической активности. Ожирение — это многофакторное явление, обусловленное нарушением обмена веществ. Также необходимо учитывать

индивидуальную генетическую предрасположенность к накоплению жировых запасов при положительном энергетическом балансе (Hainer, 1997). Важный фактор — так называемый, экономичный («thrifty») ген — наследственная комплектация, обеспечивающая накопление энергии лишь при ее небольшом избытке. Было показано, что генетической предрасположенностью может быть и подвижность, то есть расход энергии.

Психологические факторы

Психологические факторы участвуют не только в возникновении, но и в поддержании ожирения в том смысле, что после снижения веса, как правило, происходит набор потерянных килограммов. Для развития ожирения типичным считается тот факт, что люди, страдающие ожирением, едят не из-за голода, а по причине воздействия токсичной среды, когда им предлагается съесть неподходящие продукты питания в чрезмерных дозах (см. межличностные факторы). Довольно часто наблюдается взаимосвязь между пищевыми навыками и эмоциями, будь то положительными или отрицательными. Удовольствие от еды связано с чувством спокойствия, добра, эмоциональной безопасности уже в неонатальном периоде. В более зрелом возрасте приятное общение с друзьями связанно с сидением в кафе. Еда становится средством для развития социальных отношений и получения удовольствия. Повышение комфорта посредством потребления еды сохраняется и в зрелом возрасте (употребление пищи при просмотре телевизора, чтении книг, чрезмерное потребление пищи во время различных празднований и т.д.). Причиной частого переедания могут стать и негативные эмоции. Если мать несоответствующим образом реагирует на беспокойство своего ребенка, например, предложит ему пищу, когда он помочится, то ребенок не научится отличать голод от остальных физических ощущений и потребностей, не научится различать физиологические и психологические аспекты голода, что будет передано и во взрослую жизнь. Еда служит заменой различных ценностей. Она становится заменой успокоительных средств, вызывает впечатление душевного спокойствия. Если люди научатся регулярно прибегать к потреблению еды в стрессовых ситуациях, пища станет для них наркотиком. Это работает и физиологическим образом, так как после приема пищи активизируются эндорфины, которые способствуют созданию хорошего настроения. Отсюда видно, что пищевые навыки часто находятся в тесной связи с эмоциональными потребностями. Привычка решать стрессовые ситуации с помощью еды усугубляется, и, хотя проблемы уже решены, чрезмерное потребление пищи часто остается неизменным. Чрезмерное потребление пищи людей с ожирением, таким образом, не всегда вызвано голодом, а именно реакцией на другие стимулы. Следовательно, можно сделать вывод, что прием пищи, не всегда является физиологической потребностью, но он обусловлен положительными или отрицательными эмоциональными переживаниями. Главная проблема в поддержании потерянного веса в связи с общественным давлением, — установление нереальных целей. Люди, страдающие ожирением, в результате дисфункциональных мыслей, ставят грандиозные задачи в отношении количества потерянных килограммов, а также возлагают большие надежды на новый этап жизни, который должен начаться при потере веса (создание партнерских отношений, лучшее место работы). При недостижении максимальной

цели, больные, в результате дисфункциональных мыслей, не в состоянии принимать во внимание важный частичный успех, которого они достигли при терапии. Они недооценивают потерю веса, которую достигли, и минимизируют дальнейшую выгоду этого снижения веса. Если такие пациенты не смогут достичь цели на 100 %, они будут недооценивать частичную потерю веса и будут не в состоянии этому радоваться. Впоследствии они будут винить себя в неспособности осуществлять самоконтроль. Это приводит обратно к первоначальным привычкам и к повторному увеличению веса. Появлению дисфункциональных мыслей также способствует негативное отношение к собственному телу, которое создается, как в результате общественного давления, так и влиянием со стороны близкого окружения («Успех зависит от стройности; только стройные люди способны себя контролировать; я смогу доверять себе, только когда буду стройной» и т.д.)

Социальные факторы

Эти факторы включают в себя давление общества, ведущему к чрезмерному потреблению энергии и снижению расхода энергии. Далее, определенную роль играют демографические показатели: образование, социальный статус, занятость, доход, пол, национальность, раса. Что касается социального статуса, женщины из более низких социальных классов, как правило, физически плотнее, чем женщины из более высоких кругов. У мужчин, до недавнего времени, такое правило не действовало: крупные мужчины были сильнее. Теперь начинается новый тренд, который диктует и мужчинам из более высоких слоев общества следить за своим весом. В развитых странах масса тела выше среди людей с более низким уровнем образования и у людей, живущих в сельской местности. Понятие ожирения имеет определенную связь и с климатом. Жировой подкожный слой в холодных регионах обеспечивает защиту от сурового климата, в то время как в тропических регионах, вызвал бы у своего обладателя страдания. Климатические условия также влияют на состав пищи. Жировые запасы иногда находятся лишь на определенных частях человеческого тела (например, большие ягодицы у готтентотов в Южной Африке, отложение жира в брюшной полости и грудной клетке у представителей кавказских народов и т.д.).

Распространенность ожирения косвенно связана с размером семьи. Единственный ребенок в семье имеет гораздо больше шансов стать тучным, чем, если бы он жил в многодетной семье. Большое значение имеют исторические предпосылки и культурные влияния. В общем плане, отношение к еде и его уровень установлен экономическим и финансовым состоянием общества, степенью цивилизованности и общим культурным развитием. Пищевые привычки глубоко укоренены в культуре и могут быть изменены лишь постепенно, с помощью действий, которые формируют общие культурные изменения. Распространенность ожирения в различных культурах устанавливается, как с учетом доступности продуктов питания, так и идеалом формы тела, особенно у женщин. Нельзя забывать о влиянии культуры с точки зрения физической активности (влияние моды на занятие аэробикой, спиннингом, боевыми искусствами, калланетикой, йогой, ходьбой; с другой стороны, развитие автомобильной промышленности). Следует учитывать и влияние внешней среды на каждую отдельную культуру: окружающая обстановка во время еды, форма застолья, способ приготовления и потребления пищи,

участники застолья, межличностные отношения, которые влияют на отношение к пище и выбор продуктов питания, влияние общественного мнения о пище, модные тенденции, влияние рекламы и ряд различных внешних факторов. Внешняя среда также оказывает значительное влияние и на коллективные учреждения — детские сады, школьные столовые и др. С радостью можно констатировать, что предлагаемое в ресторане здоровое питание становится все более распространенным. С другой стороны, увеличивается количество предложений неправильного питания, типа «fast food». Таким образом, важна как рациональная терапия по отношению к основам правильного питания, так и КБТ в плане надлежащего выбора людьми продуктов питания.

8.9.1.5. Дифференциальная диагностика и коморбидность ожирения

Ожирение и расстройство пищевого поведения

Ожирение и РПП имеют некоторые общие характеристики. Ожирение играет важную роль в этиологии расстройств пищевого поведения, строгие диеты с последующим перееданием связаны с развитием ожирения. Расстройство пищевого поведения и ожирения характеризуются чрезмерным контролем, неправильными пищевыми навыками и дисфункциональным познанием. У людей с булимией, приступами переедания и ожирением часто присутствует ощущение, что они не в состоянии повлиять на другие области жизни, а только на сферу, связанную с едой, весом, формой тела и т.д. Чувство контроля они пытаются вызвать посредством соблюдения строгих правил приема пищи, т. е. соблюдением диеты. Люди с булимией, в этом случае, дополнительно к перееданию добавляют компенсаторное поведение, такое, как умышленный вызов рвоты, использование слабительных и мочегонных средств. Строгое соблюдение правил значит для них власть и успех, малейшее нарушение — выражение слабости. По отношению к пищевым привычкам, для людей, страдающих булимией и ожирением, характерны: запрет приема пищи в определенное время, отказ от употребления определенных продуктов питания, либо потребление минимального количества пищи. Это чередуется с периодом переедания. В их проблематичных автоматических мыслях, которые, прежде всего, касаются питания, веса, формы тела и т.д. появляются типичные логические ошибки в мышлении, описанные Беком. У людей, страдающих булимией, все симптомы происходят в гораздо большей степени и помимо этого, кроме приступов переедания и ожирения, происходит компенсаторное поведение. Для людей с булимией КБТ является эффективным методом, однако, необходимо использовать и другие подходы кроме тех, которые используются при лечении ожирения.

Несоответствующее снижение веса

Если больные, страдающие ожирением, снижают свой избыточный вес ненадлежащим образом, когда строгое ограничение приема пищи приближается к голоданию, это может оказать негативное влияние на их переживания. Худеющие люди бывают эмоционально неустойчивы, страдают от беспокойства, депрессии, имеют низкую самооценку, происходит социальная изоляция, повышается их ин-

терес к еде, снижается интерес к другим сферам жизни (Wadden и др., 1986). Некоторые исследования (Brownell и др., 1994) указывают на взаимосвязь между колебаниями в весе, заболеваемостью и смертностью. Повторная или хроническая диета с целью похудения может, по мнению данных авторов, предрасполагать индивида к возникновению РПП, в том числе булимии. Люди, страдающие ожирением со склонностью к приступам переедания, как правило, имеют худшие результаты в программах по снижению избыточного веса, чем люди, которые страдают ожирением, но не переедают.

Риски для здоровья, связанные с ожирением

С ожирением связаны значительные риски для здоровья, в зависимости от степени и типа ожирения (см. выше). Самые серьезные из них (кардиоваскулярные осложнения, гипертензия, сахарный диабет 2 типа), группируются в виде, так называемого, синдрома инсулин резистентности у пациентов с андроидным ожирением. Такие индивиды имеют значительно сокращенную продолжительность жизни и, начиная со среднего возраста, страдают серьезными заболеваниями. От степени ожирения зависят заболевания дыхательных путей, гастроинтестинальные, ортопедические, кожные заболевания и др.

8.9.1.6. Развитие

Ожирение возникает в результате комбинации наследственных факторов с биологическими, психологическими и социальными. Периодом риска для возникновения ожирения считается младенческий возраст (профилактикой ожирения является грудное вскармливание), поступление в школу, период полового созревания, беременность, декретный отпуск, менопауза. Ожирение родителей увеличивает риск ожирения у ребенка, как на основании генетических факторов, так и в связи с «общей тарелкой — традиционными пищевыми навыками». Для развития ожирения типично чередование периодов снижения и увеличения веса. Плохие результаты в поддержании потерянных килограммов могут быть связаны с тем, что редукция веса (weight loss) один процесс, при котором должен происходить энергетический дисбаланс, а поддержание нового, более низкого веса (weight lost) — другой процесс, на котором, как правило, терапия уже не сосредотачивается. Контроль веса должен стать процессом, который длится на протяжении всей жизни. Даже у успешно похудевших пациентов остается пожизненная предрасположенность, и при сложных ситуациях может произойти рецидив.

8.9.2. Точка зрения КБТ на ожирение

8.9.2.1. Бихевиоральные факторы

Неправильные пищевые и физические навыки бихевиоральные факторы, которые играют важную роль в возникновении и сохранении ожирения.

К наиболее распространенным вредным привычкам относительно пищи относятся:

1. Потребление непропорционально большого количества пищи (прием в среднем более чем 10 000 кДж/2400 ккал.);
2. Выбор неподходящей пищи (чрезмерное потребление жирных, молочных и мясных продуктов, сладостей, продуктов из белой муки, недостаточное количество употребления овощей и т.д.);

3. Прием пищи в неправильном составе (чрезмерное потребление животных жиров и простых углеводов);
4. Неправильный режим приема пищи (потребление пищи 1—2 раза в день, перенос времени потребления пищи на вторую половину дня);
5. Неправильный питьевой режим (потребление менее 2 литров жидкости, преобладание напитков с кофеином, энергетические напитки).

К наиболее распространенным вредным привычкам относительно физической активности относится:

1. Полное отсутствие физической активности;
2. Несоответствующая физическая активность (неподходящий вид активности, чрезмерная или недостаточная интенсивность и частота).

8.9.2.2. Когнитивные факторы

В возникновении и поддержании ожирения решающую роль играют когнитивные механизмы. Первая ошибка состоит в установлении нереальных целей. При их установке, типично черно-белое мышление — если пациент не достигает максимальной цели, то не чувствует потребность в сохранении достигнутой промежуточной цели и возвращается к исходным неправильным привычкам. Это относится как к целям, связанными с потерей веса (желаемый вес, с которым пациент обращается за лечением, часто бывает нереальным), так и к первичным целям (уменьшение размера одежды, повышение уверенности в себе, улучшение профессионального статуса, выполнение физической активности и т.д.). Еще одной проблемой оказывается выбор неподходящих способов снижения избыточного веса. После введения строгой диеты или ненадлежащей физической активности, по истечении определенного периода времени, естественным образом происходит нарушение неприятного способа редукции избыточного веса. Впоследствии снова возникают АНМ, которые вызывают ухудшение настроения, влияющее на поведение индивида — пациент, страдающий ожирением, полностью прекращает контролировать себя и начинает искать утешение в еде.

Еще одной проблемой может стать искаженное восприятие собственного тела, когда неудовлетворенность своим телом будет возбудителем чрезмерного потребления пищи и причиной пренебрежения физической активностью. Под термином восприятие собственного тела мы понимаем представление, независимое от реального веса и формы. Человек, страдающий ожирением, создает этот образ на основании многих факторов, начиная с детства, когда становится важной позиция родителей, сверстников, врачей, а позднее, и партнеров. Важной также оказывается и социальная обстановка. Лишь в нескольких странах ожирение считается признаком процветания и здоровья, но чаще всего рассматривается, как эстетическое криминальное преступление. В нашей стране общественный идеал худобы и дискриминация людей, страдающих ожирением, способствует тому, что у больных возникает ощущение, что их тела уродливые, смешные, противные, медлительные. Чем дольше длится их период ожирения, тем сильнее укрепляется их негативное отношение к своему телу. Негативное отношение поддерживается за счет ошибок в мышлении, таких как: отрицательные предикции («Люди меня не будут воспринимать всерьез, потому что я толстая»), критические мысли, связанные с весом и формой тела («У меня всегда будет большой зад»), которые мо-

гут быть отражением более общих дисфункциональных мыслей («Успех зависит от худобы»).

Примеры ошибок в мышлении, которые приводят к неадекватному поведению

1. Негативное селектирование — человек делает выводы на основании отдельных подробностей, в то же время пренебрегает важными деталями. (Например, вчера, после длительного контроля, я не удержался и съел полную тарелку пельменей. Очевидно, что я не могу контролировать себя, и не имеет никакого смысла пытаться худеть дольше.);
2. Сверхобобщение — индивид, на основе одного события, устанавливает правила, которые применяет и к другим различным ситуациям, в которых их применение нецелесообразно. (Например, я весь день ел яблоки и все равно поправился, больше никогда не буду есть фрукты);
3. Преувеличение — индивид переоценивает значение последствий негативных событий. (Например, я уже похудел со 120 кг до 110 кг, и, тем не менее, в трамвае ребенок указал на меня и сказал, что я толстый, поэтому нет никакого смысла худеть.);
4. Черно-белое мышление — человек мотивирует свое поведение в категориях все или ничего, мыслит крайностями и выражается крайне критично. (Например, если я за неделю не похудею на 5 кг, я полностью откажусь от похудения).

8.9.2.3. Межличностные факторы

Межличностные факторы играют очень важную роль в развитии и поддержании ожирения, так как это практически ежедневная тема для разговоров, в особенности у женщин. Большое отрицательное воздействие оказывает токсичная среда. Людей, страдающих ожирением, иногда призывают к употреблению неподходящих продуктов в чрезмерных дозах, когда прием пищи связан с определенным образом жизни (например, реклама на телевидении, порция пищи выше среднего в ресторанах, регулярное питание в ресторанах быстрого питания и т.д.) С другой стороны, нынешнее цивилизованное общество создает атмосферу негативного отношения к людям, страдающих ожирением, высмеивает их в средствах массовой информации, механически соединяет лишние килограммы со значимостью личности, в которой выдвигает худобу на передний план. Часто предлагаются бессмысленные способы снижения веса, которые парадоксальным образом приводят к ожирению и, посредством обманной рекламы, оказывают влияние на большинство людей, которые пытаются похудеть. Положительный эффект имеют разные, особенно образовательные программы питания, количество которых намного меньше, чем вредных предложений для похудения.

Часто в семье из поколения в поколение передается «общая кухня». При приеме пищи важную роль играют люди, находящиеся в непосредственной близости. Они могут оказывать негативное влияние, когда призывают больного, страдающего ожирением поесть (считая, что близкий будет спокоен на встречах, а также сможет избежать стресса при негативных межличностных отношениях), а также положительное влияние, когда они поддерживают больного при изменении его образа жизни. Люди, страдающие ожирением, часто ошибочно обусловливают установление межличностных отношений посредством снижения веса.

8.9.2.4. КБТ модель ожирения

Ожирение — это частично приобретенное расстройство. Его возникновение можно объяснить с помощью принципов научения (процессы классического и оперантного обусловливания) и когнитивных теорий.

Существуют три основные модели обучения, на которых основываются методы КБТ (Možný и Praško, 1999; Málkova, 1987; Málkova 2002):

1. Классическое обусловливание

Данная модель включает методы, основанные на обучении и выявлении связи между стимулом и реакцией.

Классическое обусловливание: стимул (голод) → реакция (я поем).

Если бы естественные сигналы голода и жажды функционировали в качестве возбудителей, и мы бы не принимали пищу при других обстоятельствах, проблема ожирения не возникла бы. Эти сигналы в течение жизни у людей, страдающих ожирением, к сожалению, исчезли. Независимо от чувства голода, люди, страдающие ожирением, не в состоянии предсказать, какая порция пищи нормальна и естественна. Они не принимают пищу на основе физиологических потребностей, а потребление пищи инициируется другими стимулами. Так же, как собаки Павлова научились выделять слюну не только при виде еды, но и при ярком свете, люди, страдающие ожирением, в результате классического обусловливания, принимают пищу в качестве выученной реакции, вызванной простым присутствием определенных внешних или внутренних раздражителей.

Примеры внешних стимулов, вызывающих потребность в приеме пищи

Факторы окружающей среды — наличие пищи, запах еды, прохождение мимо магазина с любимой едой, телевизор, книги, кофе и т.д.;

Социальные — праздники, приемы, вечеринки, наблюдение за другими, как они едят и т.д.

Примеры внутренних стимулов, вызывающих потребность в приеме пищи

Физиологические — голод, усталость, физический дискомфорт, гормональные изменения;

Когнитивные — неправильные мысли (после нарушения диеты — «я бесполезна, это не имеет смысла, я начну с завтрашнего дня», влияние рекламы, и т.д.);

Эмоции — депрессия, тревога, социальная изоляция, стрессовые ситуации, конфликты, повышенный комфорт, спокойствие и т.д.

2. Оперантное обусловливание

В соответствии с данной моделью созданы методы, которые основаны на взаимосвязи между реакцией и последствием.

Оперантное обусловливание: стимул → реакция → последствие (награда или наказание).

Цель — планомерная модификация поведения с помощью манипулирования с определенными последствиями — наградой или наказанием. Только те изменения, которые каким-либо образом положительно подкреплены (вознаграждены) сохранятся, а те, за которые будет наказание, исчезнут. В результате обусловливания пациент, страдающий ожирением, научится, например, принимать

пищу, когда необходимо принять решение в стрессовой ситуации. При этом может снижаться напряженность, подкрепляя тем самым неадекватное поведение. Наоборот, при соблюдении строгих диет, недостаточной физической активности, нереальных намерениях следуют неприятные ощущения, наказания, то есть аверсивные (негативные) последствия, и избегающее поведение оперантным образом будет подкреплено, а новое созданное поведение исчезнет. Цель терапии, таким образом, заключается в том, чтобы изменение пищевых и физических навыков было приятным для людей, страдающих ожирением, чтобы последствия этого изменения отразились на улучшении качества жизни. Лишь таким образом новые привычки могут поддерживаться долгосрочно, а сниженный вес оставаться постоянным.

3. Когнитивная теория

Третья модель предусматривает когнитивные факторы, такие как, процессы восприятия и мышления худеющего индивида.

Когнитивная теория: стимул → когнитивная работа со стимулами → эмоциональная реакция → поведение.

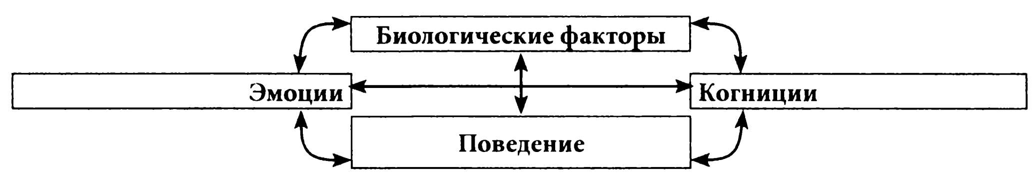
Когнитивные процессы — еще один фактор, который может вызывать несоответствующее поведение (например, черно-белое мышление влияет на тот факт, что индивид придерживается неправильной диеты, либо переедает, различные интерпретации одного и того же веса могут повлиять на поведение в положительном или отрицательном направлении и т.д.).

Когнитивные теории предполагают, что когнитивные процессы выполняют посредническую функцию между стимулом и реакцией. Таким образом, не сам стимул вызывает определенное поведение, а значение, которое человек приписывает этому стимулу. Научение может проходить без непосредственного подкрепления, а также, лишь посредством когнитивных процессов.

Системный подход к человеку, страдающему ожирением

Большинство видов терапии по снижению веса относятся лишь к изменениям питания, что может стать причиной неудачи в поддержании потерянных килограммов. При похудении недостаточно ориентироваться только на изменение своего питания, необходимо воздействовать на мысли и эмоции, которые приводят к нежелательному поведению.

Лечение ожирения должно быть комплексным и касаться не только поведения, но и других компонентов согласно следующей модели:



Комплексный подход предполагает, что каждый из приведенных компонентов влияет на другие области, и в то же время, изменения этих областей влияют на данные компоненты. У людей, страдающих ожирением, важную роль для успешной терапии играют именно эти когниции. Первая ошибка, ведущая к обычной неудаче — установление нереалистичных целей и выбор несоответствующих спо-

собов для снижения веса. После естественного и неизбежного нарушения неприятного способа снижения веса (например, строгие диеты или неправильная физическая активность) появляются, АНМ: «Опять я не выполнила свою установку, я безвольный человек, я ни на что не способна...». Негативные мысли влияют на эмоции. У человека с избыточным весом возникает чувство безнадежности, грусти, ведущее к воздействию на поведение, — пациент, страдающий ожирением, перестает себя полностью контролировать, ищет утешение в еде и устанавливает нереальные цели для дальнейшего снижения веса. Этот порочный круг в циклах различной продолжительности повторяется и отбирает у больных слишком много энергии, которую они могли бы использовать гораздо осмысленнее. Таким образом, если именно когниции играют существенную роль в создании и поддержании ожирения, то необходимо сосредоточить внимание на когнитивной терапии. Если главную роль играют эмоции — употребление пищи как реакция на стресс и т.д., мы будем использовать релаксационные и другие методы. Бихевиоральные методы мы используем для того, чтобы изменить пищевые и физические навыки. С какого бы уровня мы не начали изменение, мы тем самым, повлияем и на другие аспекты личности. Лучше всего оказывать влияние комплексно, на все аспекты личности.

В целом можно резюмировать, что поведение, мышление и эмоции можно предвидеть, управлять ими и контролировать посредством систематического влияния на стимулы, которые возбуждают несоответствующее поведение. Также, необходимо систематически работать с последствиями поведения. Благодаря достигнутым успехам, которые заключаются не только в потере веса, но и в улучшении физического и психического состояния и улучшении качества жизни в целом, поведение пациента подкрепляется и поддерживается в долгосрочной перспективе. В конце терапии пациент, страдающий ожирением, должен знать о способе управления своей проблемой. Пациент становится своим собственным терапевтом, и, в случае рецидива, он знает, как своими силами справиться с проблемным поведением.

8.9.2.5. Исследование эффективности КБТ ожирения

КБТ — один из наиболее эффективных терапевтических методов при наличии зависимого поведения (наркотики, алкоголь, ожирение). Объективное сравнение результатов, касающихся поддержания потерянного веса, может быть очень трудным, потому что существующие исследования (McGuire и др., 1999; Perri и др., 1992; Klem и др., 1992), в связи с неоднородностью параметров, с трудом сопоставимы. Терапевтические программы отличаются своей комплексностью влияния на пищевые и физические навыки (например, различные рекомендации по отношению к характеру, интенсивности и частоте физической активности), КБТ в комбинации с другими методами (например, добавление фармакотерапии, или комбинация КБТ с низкоэнергетической белковой диетой), неоднородностью содержания, продолжительностью терапии и т.д. Они также отличаются разными видами контакта в терапии (отсутствие контакта, планируемая поддержка со стороны партнера, группы самопомощи, личная встреча с терапевтом или контакт посредством письменной формы, по электронной почте, по телефону), а также продолжительностью и интенсивностью контакта, продолжающегося после

окончания терапии. Еще одна проблема — определение эффективности терапии — как по отношению к снижению веса (количества потерянных килограммов, или процента начальной массы тела, снижение ИМТ), так и к различной оценке поддержания потери веса. Большинство исследований показывают, что лучшие результаты достигаются при КБТ, содержащей комплексную программу, где терапия сосредоточена не только на снижении веса, но также включает в себя терапию с целью поддержания сниженного веса (Cooper и др., 2003) и последующим постоянным контактом пациента со специалистом (Perri и др., 1992; 1993). Результаты КБТ, реализованной в структурированной программе Курсов по снижению избыточного веса в Чешской республике, по сравнению с другими исследованиями, несмотря на изложенные выше соображения, могут быть оценены очень положительно (Málková, 2004). 40 % участников смогли удержать, по крайней мере, 5 % от начальной потери веса, что с медицинской точки зрения можно рассматривать как значительный позитивный результат.

По сравнению с предыдущими исследованиями компании STOB, было установлено, что КБТ, по сравнению с непрофессиональными методами похудения в нашей стране и относительно поддержания потерянных килограммов, считается наиболее эффективной (Málková, 1994).

8.9.3. Терапевтические подходы

8.9.3.1. КБТ обследование

Обследование ожирения при КБТ незначительно отличается от обычного психотерапевтического обследования в КБТ (Možný и Praško, 1999). Кроме того, терапевт должен иметь, по крайней мере, базовые знания в области питания и физической активности.

Обследование будет направлено на:

1. Исследование поведения, которое способствует возникновению и сохранению ожирения:
   а) навыки приема пищи — выясним, что ест пациент, какое количество, состав, режим питания,
   б) навыки физической активности — выясняем вид, частоту и интенсивность физической активности;
2. Оценку переменных, которые увеличивают, или уменьшают вероятность возникновения данного поведения — антецеденты — раздражители (триггеры) в окружающей обстановке:
   а) внутренние раздражители, такие как голод, стресс, настроение,
   б) АНМ, иррациональные ожидания, представления;
3. Выявление переменных, которые своим присутствием повышают вероятность того, что данное поведение появится снова в присутствии раздражителя, потому что именно он приводит к получению желаемых последствий:
   а) изменения в окружающей среде, межличностные изменения,
   б) эмоциональные изменения — снижение тревоги, гнева, спокойствия,
   в) физические изменения — насыщение, облегчение боли;
4. Попытку выявить дисфункциональные убеждения, связанные с проблематикой ожирения (о собственном теле, о правильном пищевом и физическом по-

ведении, о целях ошибочно обусловленной потере веса и т.д.);

5. Модифицирующие факторы (окружающая среда, семья, коллеги, друзья, времена года, выходные дни, отказ от курения, беременность, декретный отпуск, менопауза, операция, фармакотерапия и т.д.);
6. Анамнез — акцентирование внимания на генетической предрасположенности к ожирению, пищевые и физические навыки семьи, соматические или психические заболевания. Определение весовой кривой на протяжении жизни с антецедентами и последствиями, связанными с возможными колебаниями веса. Проводилась ли терапия непрофессионально или под профессиональным руководством. Установление показаний для снижения веса — повышенный ИМТ, увеличенный процент жира, баланс прибавления и потери — определение мотивации пациента;
7. Попытку найти и сформулировать взаимосвязь между конкретным антецедентами, убеждениями, поведением, последствиями и созданием модели, которая объясняет проблему ожирения в случае конкретного пациента.

8.9.3.2. Оценка и измерение

Самоанализ — главная техника КБТ. Основа измеряющих методов КБТ ожирения — запись пищевых и физических навыков, включая раздражители, триггеры (см. Приложение 1). Записи включают время, количество, тип и обстоятельства приема пищи и питья. Время приема пищи считается очень важным для понимания режима питания людей, страдающих ожирением, скорость поедания и контроль процесса запланированного приема пищи. Тип, количество и способ приготовления пищи определяют полученную энергию, состав питания и выявляют привычки питания. Кроме того, определяются возбудители, которые способствуют перееданию, в том числе, поведение, которое содействует чрезмерному потреблению пищи (пациенты записывают, где они ели, что они делали во время еды, свои ощущения, дисфункциональные мысли и т.д.). Кроме того, выполняется запись о тех людях, которые оказывают определенное влияние на привычки питания индивида, страдающего ожирением. Эти записи важны не только для определения проблемного поведения и последующего контроля, но и потому, что сама запись поможет при лечении в том смысле, что пациент сможет полностью понять свои навыки питания и важность психологических и внешних ситуаций, связанных с актом приема пищи. Правильное осуществление записей должно быть тщательно объяснено пациенту. В частности, важно отметить, что записи должны выполняться сразу после приема пищи. Необходимо создать атмосферу доверия и сотрудничества, чтобы пациент не воспринимал начальные записи в качестве сбоя, а считал их основой изменения плохих привычек на более правильные. Неискаженное указание своих пищевых и физических навыков для правильно ориентированной терапии очень важно.

Приложение 1: Таблицы для записи — привычки питания и движения

Имя и фамилия	Дата	Физическая активность	Вес

Время еды от-до	Что я съел(а) — выпил(а)	Количество	Кдж	Где я ела	С кем	Чем я при этом занималась	Голод + 0 -	Настроение + 0 -

Имя и фамилия	Дата	Физическая активность	Вес

Время еды от-до	Что я съел(а) — выпил(а)	Количество	Кдж

Время еды от-до	Что я съел(а) — выпил(а)	Количество	Кдж

Записи об образе жизни создают ясную картину для терапевта. Для пациента, который приходит с конкретной целью — похудеть, важным критерием становится количество потерянных килограммов или процент сброшенного жира в организме. Определяя цели, мы принимаем и записываем данную информацию в дополнение к выполнению задач — записи о режиме питания, в том числе возбудителей, ведущих к неправильному или чрезмерному потреблению пищи, а также вес, количество жира, или окружность талии.

В ходе терапии целесообразно использовать другие листы для записи и описание поведения, которое на данный момент практикуется (см. отдельные лекции, например, отчеты о медленном приеме пищи, о приеме пищи в одном месте без осуществления другой деятельности, записи негативных мыслей, описание физического состояния — приложение 2).

Запись АНМ и их реструктуризация

Ситуация	Эмоции	Автоматические мысли	Поведение	Рациональный ответ	Результат
Что я делал(а)?	Что я чувствовал(а), насколько сильно 0—100 %	О чем я думал(а) в тот момент? Насколько я верил(а) этим мыслям? 0—100 %	Что затем последовало?	Контраргумент Насколько я в это верю? 0—100 %	Насколько я верю в эту автоматическую мысль? (0—100 %) Как я себя сейчас чувствую? (0—100 %) Что я могу сделать?
Я съел(а) кусочек шоколада сверх плана.	Грусть, отчаяние 90 %	Я ни на что не способна. У меня нет никакой силы воли. 95 %	Я доел(а) весь шоколад.	Никто не идеален. (90 %) При похудении, кусочек шоколада не помешает. (70 %)	40 % Грусть 30 % Чрезмерное потребление пищи компенсирую движением.

Приложение 2: Список физического состояния

Плечи	1	2	3	4	5
Живот	1	2	3	4	5
Бока	1	2	3	4	5
Спина	1	2	3	4	5
Талия	1	2	3	4	5
Ягодицы	1	2	3	4	5
Бедра	1	2	3	4	5
Икры	1	2	3	4	5
Ступни	1	2	3	4	5
Туловище	1	2	3	4	5
Осанка	1	2	3	4	5
Вес	1	2	3	4	5
Высота	1	2	3	4	5

Оцените, насколько Вы недовольны своими физическими недостатками

1	2	3	4	5
Совсем недоволен	Весьма недоволен	50 / 50	Немного недоволен	Доволен

8.9.3.3. Проблемы и цели, план лечения

Определение проблем, на которых необходимо сосредоточиться при лечении ожирения:

1. Неправильные пищевые навыки;
2. Неправильные навыки физической активности;
3. Иррациональные дисфункциональные мысли и искаженное представление о проблеме избыточного веса или ожирения, форме тела и процесса потери веса;

4. Отказ от выполнения определенных действий, отсутствие социальных навыков;
5. Избыточный вес, ожирение.

Цели

1. Закрепить такие пищевые навыки, чтобы пациент употреблял достаточное количество пищи для снижения веса (4000—7000 кДж), или сохранения потери веса (6000—10 000 кДж) с правильным составом (соотношение белков, углеводов и жиров составляет 20—30 %, 40—50 %, 30 %, при регулярном режиме (3—6 раз в день), выпивать 2—3 литра низкокалорийной жидкости.
2. По крайней мере 3 раза в неделю выполнять какую-либо физическую активность продолжительностью не менее 30 минут в интенсивном темпе, пока пациент не вспотеет, а точнее, когда частота сердечных сокращений достигнет значения 180 в минуту минус возраст.
3. Заменить иррациональные мысли относительно проблемы лишних килограммов, формы тела, снижения веса с помощью более рациональных функциональных мыслей, которые увеличат вероятность потери веса, поддержат количество сниженного веса и улучшат отношение худеющего человека к своему телу.
4. Различить цели, которые не могут быть достигнуты без снижения веса (уменьшение размера одежды), и цели, которые не обязательно требуют потери веса (участие в спортивных мероприятиях, установление партнерских отношений и т.д.). Установить для пациента важные задачи, которые не требуют потери веса, и разработать иерархию трудностей по достижению данных задач. Обучение социальным навыкам.

Энергию, ранее потраченную на решение задачи потери веса, направить на выполнение других мероприятий.

5. Уменьшить вес на 5—15 % от первоначального веса, уменьшить количество жира. Сохранить потерю веса и уменьшение жира в заранее заданном диапазоне.

1 сеанс

Определение проблемы: Не завтракаю, на работе весь день что-то «клюю», придя домой ем при распаковке покупок во время приготовлении ужина, ужинаю и при просмотре телевидения съедаю пачку орехов, чипсов и много других продуктов. Физические упражнения не выполняю.

Цель: Буду выполнять записи в существующую форму о приеме пищи сразу после ее потребления. 2 раза в неделю буду ходить на прогулки, или ездить на велосипеде хотя бы 30 минут, пока не вспотею.

2 сеанс

Определение проблемы: Я весь день ем, часто автоматически, даже не осознавая этого. У меня плохой питьевой режим.

Цель: Буду потреблять три главных блюда в день — завтрак, обед, ужин и две закуски, при которых я буду сидеть за столом. Кроме кофе я выпью не менее 2 литров некалорийных жидкостей. Буду 3 раза в неделю выполнять какую-либо физическую активность, по крайней мере, полчаса, при которой я вспотею.

Конечная цель для снижения веса

Буду 5 раз в день употреблять продукты с энергетической ценностью около 6000 кДж с ограничением приема сахара и животных жиров. Буду есть овощи 3 раза в день и выпивать 2 литра некалорийной жидкости. Буду один раз в неделю заниматься спортом, 2 раза в неделю ездить на велосипеде, по крайней мере, 30 минут, и в выходные дни буду проходить пешком не менее 20 км. Прием пищи буду осуществлять таким образом, чтобы худеть на 1—2 кг в неделю и достичь 5—15 % потери веса. Запишусь на собеседование по поводу работы, которая меня интересует.

Конечная цель для поддержания потерянного веса

Буду придерживаться правильных привычек питания с таким потреблением энергии, чтобы можно было поддержать вес в определенном диапазоне, раз в неделю буду проверять свой вес. Если вес окажется вне диапазона, установлю причину, по которой вес не поддерживается, а затем вернусь к записям и буду решать проблему. 3 раза в неделю буду активно двигаться не менее 30 минут. Отпуск, в котором я всегда набираю вес, буду планировать и проводить другим образом, чем раньше.

План лечения

С пациентом необходимо договориться о регулярном проведении сеансов. Предпочтительно раз в неделю мы устанавливаем около 12—30 сеансов. Поддерживающие сеансы могут проводиться в более продолжительных интервалах (раз в 2 недели, раз в 3 недели). После определения проблемы, в связи с изменением образа жизни и потерей веса, мы устанавливаем подцели, и после оценки реальных возможностей в отношении анамнеза и изменения пищевых и физических навыков, определяем задачу до конца терапии и, возможно, конечную цель. Также необходимо запланировать этап поддержания потери веса.

Мы заключим договор с пациентом, который должен содержать заявление, что пациент будет сотрудничать при выполнении задач, установленных по взаимному согласию, и не будет придерживаться каких-либо диет, или употреблять диетические продукты в процессе лечения.

8.9.3.4. Терапевтическое вмешательство

1. **Образование**

Бывает очень сложно убедить пациента в том, что диеты, о которых говорится в средствах массовой информации, как правило, не работают, и чтобы похудеть, необходимо изменить свой образ жизни, который, в конечном счете, приведет не только к снижению веса, но и к улучшению качества его жизни. Большинство людей пытаются похудеть с помощью строгих диет. Хотя основное требование для похудения — уменьшение энергии, передаваемой телу — именно этот метод имеет целый ряд подводных камней:

При чрезмерном ограничении приема пищи организм привыкает к пониженному приему энергии, снижается базальный метаболизм, то есть количество энергии, необходимое для основного функционирования. При быстрой потере веса из тела уходит не только жир, но теряется и мышечная масса. После прекращения диеты организм начинает хранить жировые запасы на случай возможного голо-

дания в будущем. При колебании веса увеличивается процент жира в организме даже при том же весе, и тем самым еще больше снижается базальный метаболизм, впоследствии вырабатывая все меньше энергии. Посредством колебания веса могут повышаться неравномерности при разложении жира в организме.

На основании научных исследований и опыта худеющих стало ясно, что соблюдение строгой диеты сопровождается негативными эмоциональными реакциями. Если человек, страдающий ожирением, ограничивает себя в том, что до сих пор приносило ему чувство удовлетворенности, это неизбежно приведет к перевороту. Изголодавшееся тело и душа жаждут употребить высокоэнергетические продукты, и именно это приводит к перееданию. Последующее чувство вины заставляет пациента снова придерживаться радикальных и суровых диет, и порочный круг продолжает замыкаться.

Пациенты должны быть ознакомлены с необходимостью установления реальных целей. Уже 5—10 % потери веса благотворно влияет на здоровье человека. Некоторые из целей, которые пациенты по ошибке связывают с потерей веса, могут быть достигнуты и без этих изменений массы тела. Следует также подчеркнуть, что период снижения веса и поддержание снижения массы тела — два различных процесса. Успехом терапии считается не только потеря веса, но и ее поддержание.

2. Методы, используемые при КБТ ожирения

Методы самоконтроля

Методы самоконтроля особенно подходят в том случае, когда существует несоответствие между непосредственными и долгосрочными последствиями. Поглощение куска пищи непосредственно подкрепляется положительными последствиями, в то время как негативные последствия (прибавление в весе) откладываются на неопределенное будущее. Соблюдение диеты, как правило, происходит с недовольством (непосредственное негативное воздействие), в то время как похудение (положительный эффект) снова откладывается на будущее. Преодолению этого временного периода служит самоконтроль, с помощью которого человек, страдающий избыточным весом, способен получить контроль над стимулами, существенно влияющими на его поведение во время еды и в период, когда потеря веса еще больше может действовать в качестве подкрепляющего фактора.

Методы самоконтроля:

1. самоанализ;
2. активный контроль стимулов;
3. самоподкрепление;
4. контроль фактического приема пищи.

Методы самоанализа

Самоанализ — основной метод КБТ. Пациент обязан осуществлять записи пищевых и физических навыков, дисфункциональных мыслей и проблемного поведения, преодоление которого он практикует на той или иной неделе (более подробно см. в статье «оценка и измерение»).

Методы активного контроля стимулов

Голод в настоящее время в большей степени регулируется другими стимулами, чем физиологической потребностью в истинном смысле слова. Такие стимулы,

как: вкус, внешний вид и запах пищи, социальная роль еды, время приема пищи, а также когнитивная информация о еде, скорости питания, присутствующие эмоции и т.д. оказывают влияние на способ приема пищи в большей степени у людей, страдающих ожирением, чем у людей без ожирения.

Пациент учится определять стимулы, которые вызывают конкретное поведение, а затем активно изменяет среду и модифицирует те условия, которые приводят к неправильным привычкам и отношению к еде в целом. Они учатся реагировать на эти стимулы более подходящим способом, чем потребление пищи.

Методы самоподкрепления

У многих людей, страдающих ожирением, первое место в их оценочной иерархии занимает еда. До того времени, когда получена выгода от похудения и другие положительные изменения в жизни не начнут действовать в качестве поддерживающего фактора новых привычек, желательное поведение следует подкреплять другим способом. Наградой могут служить материальные ценности — конкретные вещи или деятельность, символические награды — очки, похвала, признание пациента терапевтом, другими худеющими пациентами, членами семьи, друзьями и т.д. или награды в воображении. Подходящий тип, интенсивность, частота и предоставление наград должно быть установлено в индивидуальном порядке в соответствии с оценочной иерархией пациента и другими факторами. В том случае, если до настоящего времени функцию подкрепляющего фактора занимала только пища, то уже в начале терапии необходимо определить совместно с пациентом его новые интересы, которые затем займут данную функцию.

Методы для контроля фактического приема пищи

Различные исследования показывают, что люди, страдающие ожирением, при фактическом приеме пищи ведут себя по-другому, чем люди с нормальным весом. Они едят гораздо быстрее, кладя в рот большие куски пищи, которые жуют быстрее, быстро проглатывают пищу, меньше думают, прежде чем набрать еду. Используя столовые приборы, меньше «играют» с ними. Чаще пьют, даже не смотря на присутствие пищи во рту. Редко после употребления последнего куска пищи отодвигают от себя тарелку и дольше сидят за столом после еды. Для контроля фактического акта приема пищи используются методы, которые помогают людям с ожирением понять индивидуальные этапы процесса приема еды, получить контроль над ними и приблизить их способ потребления пищи к поведению людей без ожирения. Например, практика медленного приема пищи и осознание данного акта приводит к снижению чрезмерного количества потребляемых продуктов питания.

Подведя итог, нужно отметить, что с помощью методов самоконтроля пациент фиксирует неподходящие навыки питания и физические привычки, далее определяет причины, влияющие на данные навыки, а также, устанавливает последствия поведения. Важным фактором является постепенное освоение индивидуальных проблем. Люди, страдающие ожирением, при освоении отдельных шагов, осознают, что они способны осуществлять самоконтроль, что должно стать мотивацией для дальнейшего соблюдения программы.

Когнитивные методы

Когнитивная терапия при лечении ожирения может оказаться очень важным методом, и пренебрежение ею — частая причина неудачи при поддержании веса. При использовании когнитивных методов учитывается и содержание психики человека (его мысли, убеждения, отношение и т.д.). Если мы посредством использования когнитивных методов сможем повлиять на несоответствующие мысли, то станет возможно оказать влияние на поведение и эмоции.

В рамках когнитивной терапии пациент научится:

1. Идентифицировать дисфункциональные автоматические, эмоционально наполненные мысли, которые относятся к проблемам пациента (например, «если я не удержусь и съем кусок шоколада, это будет доказательством того, что я снова потерпел неудачу, не имеет смысла пытаться худеть»).
2. Понять связь между мышлением, эмоциями и поведением (например, поведение при поедании шоколада вызывает негативные мысли и чувства о собственной неспособности, в результате чего возникает эмоциональное состояние раздражения. Результат: доедание всего шоколада, чтобы можно было заново начать худеть с определенной выбранной даты),
3. Заменить дисфункциональные мысли более реальными мыслями (пациенты учатся заменять негативные мысли на более конструктивные, например, «одна шоколадка не сделает меня толстой, никто не совершенен, если я незапланированно съем шоколад, то компенсирую это чрезмерной физической активностью, и затем вернусь к правильным привычкам» и т.д.). Изменение дисфункциональных мыслей происходит с помощью использования разнообразных психотерапевтических методов, таких как определение несоответствующих ошибок в мышлении в соответствии с А. Беком, сократический диалог, шкалирование и т.д.

Таким образом, пациент с помощью терапевта научится определять несоответствующие мысли, уменьшать интенсивность этих мыслей и находить контраргументы. Более подходящие мысли вызовут ощущение, что пациент может справиться с ситуацией, будет эмоционально уравновешенным и легче вернется к правильному питанию.

Методы релаксации

В то время как пациенты, страдающие ожирением, с помощью когнитивных методов учатся управлять своими когнициями, с помощью методов релаксации они, в первую очередь, учатся управлять своими эмоциями. Суть релаксационных методов состоит в том, чтобы пациент научился снижать свою напряженность, которая часто возникает в тяжелых ситуациях. Задача состоит в том, чтобы справиться с напряжением таким образом, чтобы не использовать другие способы для расслабления, например, прием пищи. Релаксация также может быть использована для тренировки правильного поведения, если нет возможности практиковать ее в реальной жизни. Методы релаксации также предусматривают аутогенную тренировку, прогрессивную релаксацию Якобсона (основана на напряжении и расслаблении отдельных мышечных групп), биологическую обратную связь —

biofeedback (предоставляет пациенту информацию о его физиологических процессах в виде звукового или визуального сигнала).

Моделирование

Моделирование — эффективный способ создания нового желаемого поведения, либо для увеличения частоты возникновения существующего поведения. В данном случае действует принцип подражания. Пациент сравнивается с моделью, которая демонстрирует то поведение, которое должно быть освоено. Техника моделирования используется, главным образом, при обучении социальным навыкам в сочетании с практикой ассертивного поведения — например, отказ от чрезмерного гостеприимства тещи и т.д.

В заключении можно сказать, что при лечении ожирения, в первую очередь необходимо четко и конкретно поставить верный диагноз. После применения КБТ следует надлежащим образом определить метод, который будет использован в случае конкретного пациента.

3. **Применение когнитивно-бихевиорального подхода в группе пациентов**

КБТ ожирения может применяться как индивидуально, так и в группе. Учитывая тот факт, что в нашей стране проживает несколько миллионов человек, страдающих ожирением, эту проблему предпочтительно решать в группах, где за более короткое время пройдет терапию большее количество пациентов. Проблемы людей с ожирением очень похожи. Преимущества групповой терапии не только экономические — информация может быть предоставлена большему количеству пациентов одновременно, но и концентрация внимания пациентов с одинаковой проблемой усиливает мотивацию отдельных членов группы. Общие препятствия преодолеваются вместе. При лечении ожирения эффективными будут все факторы групповой терапии: членство в группе, обучение и практика новым моделям поведения, получение новой информации и социальных навыков, эмоциональная поддержка, помощь другим и обратная связь. Значительной мотивацией для снижения веса новых участников может стать встреча с уже похудевшими бывшими участниками курса. Методологию КБТ уже более чем 20 лет применяет доктор Ива Малкова на курсах по снижению избыточного веса (Ph Dr. Iva Málkova, 1992; 2002—2003). Постепенное расширение этих курсов за пределами Праги начало происходить в 1991 году, когда было основано общество STOB («Стоп ожирению»). Сегодня данная организация имеет 300 психологов, врачей, медсестер диетологов, инструкторов по физической активности и других специалистов, чья цель состоит в том, чтобы применять КБТ ожирения в индивидуальном или групповом порядке. Групповые курсы организованы примерно в 80 городах, и цель общества STOB заключается в расширении данных курсов по всей нашей стране. В Праге организованы специализированные курсы для мужчин, а также семейные курсы. КБТ ожирения, применяемая на курсах по снижению избыточного веса общества STOB, — часть комплексного подхода при лечении ожирения в Чешской Республике (контакты преподавателей курсов в различных городах можно найти на сайте www.stob.cz/lektoři). Если у некоторых членов группы появится специфическая проблема, то групповую психотерапию будет целесообразно дополнить индивидуальной психотерапией.

4. **Практическое применение КБТ в течение 12 сеансов на курсах по снижению излишнего веса**

В течение 12 лекций пациенты постепенно осваивают правильные пищевые и физические навыки, и изменяют несоответствующие познания. Новое мышление и поведение, которое пациент сознательно тренирует на лекциях, необходимо на последующих сеансах подкреплять и фиксировать. Изменения будут происходить постепенно, с той целью, что они автоматизируются, и на конечном этапе повысят качество жизни пациента. На каждой лекции пациенты получают наглядные брошюры, с которыми они работают. Важными помощниками при похудении являются материалы общества STOB.

1 урок

Первый урок ориентирован на частичный метод по самоконтролю — на самоанализ.

Пациенты выполняют записи о своих текущих пищевых и физических привычках. Определяется пища и напитки, которые пациенты потребляют, далее: количество, скорость приема пищи, режим, способ, обстоятельства, которые вызывают потребление пищи, будь то расслабляющие либо стрессовые, едят ли они из-за того, что испытывает голод, или просто испытывают чувство аппетита. Также необходимо установить физические привычки пациента. На первой лекции будет подробно обсуждаться мотивация пациента к похудению, которая очень важна. Будут выявлены преимущества и недостатки, которые возникнут у пациента после похудения, а также оптимизировано представление о скорости снижения избыточного веса.

2 урок

Второй урок посвящен анализу навыков приема пищи и началу работы по постепенному изменению данных привычек. Ошибки, которые допускают люди, страдающие ожирением, очень похожи друг на друга, поэтому они могут быть устранены с помощью заранее заданной методики групповым способом. Второй урок посвящен самоконтролю — методу, влияющему на сам акт приема пищи, в котором практикуется медленное потребление пищи.

Методы, используемые для замедления приема пищи учат пациентов следующему:

1) съедать лишь маленькие кусочки пищи, тщательно пережевывать, не класть в рот следующий кусок еды, пока не проглочен предыдущий;
2) столовым прибором не брать следующий кусок, когда рот уже полный;
3) после нескольких кусков прекратить прием пищи, отложить в сторону столовые приборы;
4) принимать пищу только за столом, а не на ходу, избегать ресторанов «быстрого питания»;
5) иногда определять, как долго будет жеваться каждый кусок еды;
6) пытаться доедать и выходить из-за стола последним;
7) воспринимать качество, вкус и запах пищи, испытывать удовольствие от еды.

Цель этого урока состоит в осознании процесса питания, ставится задача научиться есть медленнее, когда замедление приема пищи приводит к физической и психологической насыщенности, даже при небольших количествах пищи. Пациенты начинают осознавать, что основное удовольствие наступает после первых кусков, остальное потребление пищи уже просто происходит по инерции.

Далее, в рамках данного урока обсуждается воздействие на поведение с помощью последствий, наград. У некоторых пациентов еда часто находится на первом месте их жизненных ценностей (благодаря изменению привычек питания, происходит изменение жизненных ценностей, и на первое место встают новые виды деятельности, которые могут быть реализованы непосредственно в рамках групп самопомощи, например, туризм и т.д.). Терапевт и члены группы, особенно в начале терапии, оказывают пациенту поддержку при вновь созданных желаемых изменениях в поведении, мыслях и эмоциях. Обеспечение непосредственных различных подкрепляющих стимулов играет важную роль при лечении ожирения.

3 и 4 урок

Данные уроки направленны на оказание воздействия на поведение пациентов — на изменение плохих привычек питания. В особенности, тренируется правильное определение состава пищи. Количество получаемой энергии уменьшается посредством употребления меньшего количества пищи, а также, посредством изменения качества и состава пищи. Никогда не устанавливаются конкретные диеты. В рамках режима пациенты учатся составлять свой рацион питания таким образом, чтобы освоить нормальные привычки и удовлетворить свои вкусовые рецепторы, чтобы они отвечали принципам правильного питания, и чтобы пациенты худели медленно, около половины килограмма в неделю. На данных уроках будет получена консультация по поводу того, каким конкретно образом уменьшить потребление явных и скрытых жиров, сахара, алкоголя, как производить замену калорийной пищи на низкокалорийную. Те продукты, которые не могут быть заменены на менее калорийные эквиваленты и которые пациенты не хотят исключить из своего рациона (например, шоколад, пиво и т.д.), они учатся включать в свой рацион запланировано (в соответствующее время и в определенном количестве) и без чувства вины. Постепенно увеличивается потребление низкокалорийных жидкостей. Следует понимать, что похудение не значит голодание, а наоборот, регулярный прием пищи. Устраняется распространенная ошибка, когда прием пищи людей, страдающих ожирением, приходится на вторую половину дня и ночь. Пациенты учатся завтракать и принимать пищу 5 раз в день.

5 урок

Большинство пациентов много лет не выполняли каких-либо активных физических упражнений. В рамках 12 лекций пациент должен найти такой вид упражнений, который ему нравится и подходит для него как интенсивностью, так и частотой. Мерой правильной интенсивности является количество ударов сердца в минуту, которое сразу после тренировки должно быть немного ниже значения 180 минус возраст пациента. Пациенты в процессе регулярной активности поймут, что физическая активность не только увеличивает расход энергии, но имеет много других сильных сторон. Если пациенты при похудении выполняют физические упражнения, они избавляются от жировой ткани, а не мышечной. Физи-

ческая активность является значительным профилактическим фактором многих заболеваний и также оказывает положительное влияние на душевное равновесие человека. Постепенно, больные увеличивают выполнение физических упражнений. Исследование факторов, которые способствуют поддержанию потери веса после похудения, показало, что именно регулярные физические упражнения становятся одними из самых эффективных методов похудения. Многие понимают, что собственный дискомфорт, который они приписывали только лишним килограммам, часто связан с низкой физической выносливостью (низкой физической тренированностью), а физическое движение будет способствовать лучшему отношению к своему телу.

От 6 до 9 урока

В рамках данных уроков используются методы для контроля стимулов, вызывающих прием пищи. Пациенты обозначают ситуации, при которых еда не оказывается реакцией на естественные сигналы потребности поесть, а на другие стимулы. Для большинства людей, имеющих проблемы с весом, физиологическая потребность не является сигналом для начала приема пищи. Потребление еды обусловлено целым рядом других стимулов — например, вкус, внешний вид, запах, социальная роль пищи, определенное место или деятельность. Если мы хотим ограничить количество стимулов, которые вызывают потребность в приеме пищи, мы должны ограничить количество мест и ситуаций, связанных с едой. Пациенты учатся есть всегда в одном, заранее определенном месте, за тем же столом. Очень важным условием для успеха должно стать намерение больного сосредоточиться на еде и не связывать ее с какой-либо другой деятельностью. Цель состоит в том, чтобы устранить условные реакции, когда возбудителем могут быть внешние раздражители, такие как телевидение, книги, торжества и другие воздействия.

Возбудителем могут также быть и внутренние стимулы, эмоции или мысли. Сильные эмоции часто вызывают неприятные физические и психические ощущения, которые пациент смягчает с помощью приема пищи. Худеющий человек учится реагировать на эти стимулы по-разному. На поведение по отношению к продуктам питания могут влиять и мысли. Как правило, мысли о еде и потере веса, чрезвычайно поглощают пациента. Цель состоит в определении дисфункциональных мыслей и замене их на функциональные мысли с помощью методов когнитивной терапии. В ходе сеансов проводится работа по достижению целей, связанных с другими областями, а не только с проблемой потери веса. Практикуется решение различных трудностей и проводится обучение ассертивному поведению. Начинается процесс наблюдения и формирования отношения к своему телу. Наблюдается развитие, как правило, негативного отношения, которое поддерживается многими факторами, и поддерживается более позитивное восприятие своего тела.

10 урок

С этого урока обсуждается вопрос о поддержании веса. Данный сеанс основывается на 2 уроке, в котором было отмечено, что для снижения веса и, в частности, для поддержания потерянного веса недостаточно методов самоконтроля, но

также, необходимо внешнее подкрепление пациента со стороны терапевта или других членов группы.

Некоторые формы подкрепления должны работать и после окончания курса, когда пациенты уже не будут в каком-либо контакте с терапевтом или другими участниками. Во время курса следует упомянуть, что даже после окончания терапии должен быть найден такой человек, который и впредь будет их поддерживать — предпочтительно, кто-то из членов их семей, или друзья, коллеги и т.д. Поддерживающая фаза приносит пациенту менее позитивное подкрепление, чем фаза снижения веса. На этой фазе не происходит потери веса, вследствие чего не происходит подкрепления со стороны других людей (если им это не было поручено). Речь идет не об ограниченном временном промежутке, а о неопределенно длительном периоде, когда необходимо признать тот факт, что достижение переоцененной (первоначальной, часто нереальной) цели является успехом, а не неудачей. Продолжается обучение ассертивному поведению (репетиция просьбы об одолжении, например, мужа, чтобы он не ел чипсы при просмотре телевизора, тактичный отказ от еды, приготовленного с любовью матерью или тещей и т.д.).

11 урок

В рамках данного урока представлен обзор вспомогательных материалов, основанных на когнитивно-бихевиоральных методах, которые помогают создавать и поддерживать хорошие привычки питания, физические навыки и функциональные когниции. Целесообразно, чтобы худеющие люди в конце курса оценили, какие из методов помогли им больше всего, и какие, в случае рецидива, они смогли бы самостоятельно использовать. Чаще всего, в случае наступления кризисной ситуации, худеющие люди в поддерживающей фазе возвращаются к своим записям о навыках питания.

12 урок

На последнем уроке необходимо повторить, что процесс похудения и поддержания сниженного веса — совершенно разные процессы. Данный урок направлен на акцентирование предстоящего этапа поддержания потерянной массы тела. Развиваются навыки для поддержания весовых потерь. Пациенты учатся постепенно увеличивать потребление энергии после окончания редукции веса. Прогнозируется риск и стрессовые ситуации в отношении набора килограммов и практикуется их преодоление. Оптимальным решением могут стать дополнительные курсы, которые можно посещать после основных курсов, а в случае необходимости, удлинять временные интервалы поддерживающих сеансах. Некоторым участникам подходит лишь присутствие на уроках с взвешиванием. Также можно поддерживать контакт с выпускниками курса посредством электронной почты или по телефону. Возможно стимулировать деятельность групп самопомощи.

8.9.3.5. Проблемы при лечении ожирения

Профессиональное лечение ожирения в Чешской Республике находится на хорошем уровне. Пациенты с более тяжелой степенью ожирения имеют возможность посетить Центр для диагностики и лечения ожирения, а пациенты с легкой степенью ожирения — курсы по снижению избыточного веса, организованные обществом STOB и центр консультирования.

Основная предпосылка — сотрудничество и мотивация пациента. Если пациент отправлен к врачу, или родитель приводит ребенка и не удается достичь хороших результатов, целесообразно отложить начало терапии на то время, когда пациент будет мотивирован на лечение. Обе участвовавшие стороны — пациент и терапевт — должны иметь одинаковую цель и реалистичные ожидания. При лечении ожирения типичен тот факт, что пациент приходит к терапевту с нереалистичными целями и ожиданиями. Под влиянием рекламы, которая обещает быстрое снижение веса без приложения усилий, цель больного состоит в том, чтобы похудеть как можно быстрее, без приложения активных усилий. Целесообразно в самом начале терапии подчеркнуть, что сами пациенты должны стать главными деятелями успеха, роль эксперта должна быть только вспомогательной. Переосмысление целей — часть терапевтического сеанса, в котором необходимо, чтобы пациент понял важность изменения своего порочного круга, когда в его жизни чередуются периоды соблюдения каких-либо диет и абсолютного отсутствия контроля. Следует радикально изменить отношение к снижению своего веса, пищевые и физические навыки, потому что только таким образом потеря веса сможет стать постоянной. Следует также приложить усилия и в отношении поддержания потерянного веса. Считается, что потеря 5—10 % от первоначальной массы тела имеет благоприятное воздействие на здоровье. Еще одна проблема — призыв пациента заняться какой-либо физической активностью, в особенности тогда, когда терапевт не имеет возможности предложить больному физические групповые упражнения. Гораздо труднее заставить пациента заняться физической активностью, чем изменить его привычки питания. Проблема также состоит в слабом сотрудничестве больного, особенно в период поддержания потерянных килограммов. Если пациент хорошо сотрудничает с терапевтом, и все равно, после нескольких недель вес не снижается, он должен быть направлен к медицинскому специалисту, который занимается непосредственно лечением ожирения.

КБТ и психофармакотерапия

Фармакотерапия назначается людям, страдающим ожирением с ИМТ>30 или пациентам, имеющим избыточный вес (ИМТ 27—30), и у которых присутствуют медицинские осложнения вследствие ожирения. Фармакотерапия рекомендуется в том случае, если существующее комплексное редукционное, физиотерапевтическое и когнитивно-бихевиоральное лечение не было успешным.

В настоящее время часто используются медицинские препараты, влияющие на потребление пищи в центральной нервной системе — сибутрамин — Meridia® Abbott, который действует посредством блокирования обратного захвата серотонина и норадреналина в нервных окончаниях гипоталамуса и, таким образом, усиливает эффект данных веществ на нервные синапсы, тем самым увеличивая чувство насыщения, снижает чувство голода и немного повышает расход энергии. Уменьшает тягу к сладкому и, в соответствии с недавними исследованиями, благоприятно влияет на приступы компульсивного переедания (binge-eating). Лекарственные препараты, влияющие на поглощение жиров в кишечнике — орлистат — Xenical® Roche. Тетрагидролипстатин в качестве ингибитора липазы снижает всасывание жиров в кишечнике на 30 %, снижая наличие жиров в организме. Особенно рекомендуется больным с ожирением, у которых имеет место

несоответствующее потребление жиров, и людям с повышенным уровнем липидов в крови и страдающих сахарным диабетом 2 типа.

История болезни

Алена была довольно упитанным ребенком и проблемы с весом у нее начались уже с начальной школы. Ей нравилось быть в обществе людей, и так как она любила игры с мячом, то была популярной в детской компании. Она тяжело переносила неуместные замечания, касающиеся ее избыточного веса в новой среде, когда вступала в контакт с незнакомыми детьми. В средней школе она в первый раз попыталась похудеть. В основном, она голодала, и с этого времени она запустила многолетний процесс постоянных колебаний веса от 65 кг до 99 кг. Она посвящала почти всю свою энергию проблеме потери веса и формы тела. В институте она постепенно перестала заниматься социальной и общественной деятельностью, потому что ей было стыдно находиться в окружении людей, и, в конечном счете, она замкнулась в себе. Даже в самое жаркое лето она была не в состоянии надеть купальник и показаться в обществе. У Алены чередовались периоды полного отсутствия контроля, когда она проводила свое время перед телевизором с едой, и периоды, когда она придерживалась строгой диеты. Когда весы начинали показывать вес 99 кг, то это вынуждало ее прибегнуть к повторному соблюдению строгой диеты Осознание того, что она весит почти сто килограммов, ужасало ее. В то время, когда она обратилась к экспертам общества STOB по поводу своего ожирения, ей было 25 лет, она работала учителем начальной школы и была очень недовольна своей жизнью. У нее не было ни одной близкой подруги, ни партнерских отношений.

Определение проблемы

1.Неправильные привычки питания: неподходящий состав продуктов (конфеты); нерегулярное питание, чередование чрезмерного употребления пищи (10—15 000 кДж в день) со строгими диетами (2000 кДж в день)

2.Отсутствие общественной деятельности, пребывание в одиночестве.

3. Иррациональные убеждения, связанные с формой тела, — постоянные размышления о своем весе, форме тела, диетах.

Анализ А-Б-В — *в качестве примера указана проблема чрезмерного потребления пищи.*

Антецеденты:

внешние — конкретные продукты (по дороге домой из школы);

конкретные продукты (шоколад, печенье, салат);

внутренние — когнитивные — «завтра начну худеть, поэтому я должна съесть все, что у меня в холодильнике»;

эмоциональные — плохое настроение;

физиологические — голод, аппетит.

Модифицирующие факторы

положительные — участие в других мероприятиях, например, занятия с детьми, экскурсии;

отрицательные — социальная изоляция — праздники, выходные дни.

Поддерживающие факторы

когнитивные — дисфункциональные убеждения («только диета — жесткие ограничения при приеме пищи эффективны в достижении желаемого веса; на привычки питания и последующий вес можно повлиять только тогда, когда у человека есть действительно сильная воля; нарушение моей установки, что не буду есть определенные продукты, означает полную неудачу, и тогда уже все равно, чем я буду продолжать питаться; так как я все равно не достигну желаемого веса, не имеет никакого смысла пытаться изменить привычки питания; я толстая и непривлекательная, только худой человек может быть успешным в обществе»),
эмоциональные — снижение тревожности, улучшение настроения после приема пищи;
физиологические — снижение голода.

Цель

Научиться регулярно есть 5 раз в день, выбирать продукты с правильным составом (уменьшение потребления жиров и простых сахаров), уменьшить количество потребляемой пищи примерно наполовину;
Не менее 4-х раз в неделю заниматься какой-либо общественной деятельностью (1 раз — посещение курса по снижению избыточного веса, 1 раз — физические упражнения, 1 раз — курс компьютерного обучения);
Заменить иррациональные убеждения относительно проблемы лишних килограммов, формы тела, снижение веса более рациональными адаптивными убеждениями.

План терапии

Посещение курсов по снижению избыточного веса, направленных на постепенное изменение пищевых и физических навыков и на замену дисфункциональных убеждений более адаптивными с помощью КБТ.

Курс терапии

В течение 12 недельного курса, Алена с 92 кг похудела до 83 кг. В связи с предыдущим чрезмерным потреблением энергии, она не должна была радикально уменьшить ее потребление. Алена научилась питаться равномерно — около 8000 кДж в день. Сначала она начала покупать количество пищи только на 1 день, потом у нее в холодильнике появилось больше продуктов. Она начала ходить на обед в школьную столовую. Если она съедала ранее для нее греховную пищу, то она не воспринимала это как провал, а как запланированное включение данной пищи в свой рацион. Постепенно, энергию, посвященную проблеме питания и веса, она начала переносить на другие мероприятия. После многих лет она начала заниматься спортом, что стало доставлять ей огромное удовольствие. Алена открыла в школе волейбольный кружок для детей, ездила с ними по выходным на экскурсии. Кроме этого, Алена стала посещать поддерживающие курсы по снижению веса, и спустя 2 года стала весить 75 кг. Постепенно, она полностью изменила свой образ жизни и

достигла поставленных целей. Сегодня ее уверенность в себе повысилась настолько, что она планирует подать объявление в газету о знакомстве и найти себе друга или партнера.

Литература

Brownel K.D., Fairburn Ch.G. Eating Disorders and Obesity. NY, London: Guilford Press, 1995.
Brownell K.D., Rodin J. The dieting mealstrom: Is it possible or advisable tolose weight? American Psychologist, 1994, č. 49.
Cooper Z. et al. Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity. NY, London: Guildford Press, 2003.
Hainer V., Kunešova M. Obezita. Praha: Galen, 1997.
Klem M.L. et al A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. American Journal of Clinical Nutrition, 1997, č. 66.
Málkova I. Brožury Začiname hubnout, Zdravě jist, zdravě žit, Tahak na hubnuti, Energeticke hodnoty potravin, Vařime s rozumem, Cvičeni je lek, Vanoce a kila. Praha: Kavka, 2002—2003.
Málkova I. Jak hubnout pomalu, ale jistě. Praha: Avicenum, 1992.
Málkova I. Kognitivně-behavioralni terapie obezity. Postgradualni medicina, 2002, č. 4.
Málkova I. Kognitivně-behavioralni terapie obezity. Prakticky lekař, 2004 v tisku.
Málkova I. Manual pro lektory Kurzů snižovani nadvahy. STOB, 1995.
Málkova I. Srovnani efektivity behavioralni terapie obezity s dalšimi přistupy k redukci nadvahy. Bulletin NCPZ, 1994, č., 2.
Málkova I. Srovnani efektivity behavioralni terapie obezity s dalšimi přistupy k redukci nadvahy I. Bulletin NCPZ, 1994, č. 2.
Málkova I. Teoreticky nastin behavioralniho přistupu k terapii obezity. Československa psychiatrie, 1987, č. 3.
McGuire M.T., Wing R.Z., Klem M.L. Behavioral Strategies of Individuals Who Have Mantained Long-Term Weight Losses. Obesity Research, 1999, Vol.7, č. 4.
Možny P., Praško J. Kognitivně-behavioralni terapie. Praha: Triton, 1999.
Perri M.C., Nezu A.M., Viegener B.J. Improving the Long-Term Management of Obesity. NY: Wiley, 1992.
Perri M.G., Nezu A.M. Preventing relapse following treatment for obesity.// Obesity — Theory and Therapy. NY: 1993.
Wadden T.A., Stunkard A.J., Smoller J.W. Dieting and depression: A methodological study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1986, č. 54.

8.10. КБТ зависимости

Рихард Залесский

8.10.1. Что такое зависимость?

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ затрагивают сегодня значительную часть населения большинства стран мира. Это не только проблема развитых стран в западном мире и США. В этих странах данная проблема интенсивно изучается, осуществляются обширные эпидемиологические исследования и экономический анализ, также осуществляется поиск новых способов интервенций и лечения. В данной главе вы найдете подборку из самого лучшего, что в настоящее время доступно для лечения наркотической зависимости. Большинство информации поступает из США и Западной Европы.

Вначале необходимо уточнить несколько основных терминов. Международная классификация болезней (МКБ, 10-го пересмотра) определяет расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ, в качестве психического или бихевиорального нарушения, которое возникло вследствие потребления одного или нескольких психоактивных веществ. МКБ-10 определяет 9 психоактивных веществ (само понятие не определяет): алкоголь, опиоиды (например, героин), каннабиноиды (марихуана), седативные и снотворные препараты (психотропные препараты), кокаин, психостимуляторы (например, кофеин, амфетамин, экстази и т.д.), галлюциногены (например, ЛСД, псилоцибин, содержащийся в определенных грибах), табак (никотин) и органические растворители. Каждый из этих веществ вызывает специфический тип зависимости, имеет свои характеристики, отличающиеся друг от друга и, следовательно, лечение имеет свои специфические моменты (хотя при лечении зависимости часто используются аналогичные методы). Клинические состояния, которые могут возникнуть, включают острую интоксикацию, вредное (опасное) употребление, синдром зависимости, синдром отмены (с делирием и т.д.), психотическое расстройство и амнестический синдром (расстройство памяти). Вредное употребление представляет собой такую форму употребления, при которой происходит повреждение здоровья самим веществом или способом его применения. Должно присутствовать четкое нарушение психического или физического здоровья. Диагностика не проводится в случае синдрома зависимости. Распространенный в Чехии термин «злоупотребление» был исключен из МКБ-10 по причине неясности значения и определения. Он используется в американской классификации DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) в качестве «злоупотребления психоактивными веществами» (термин вещество более широкий, чем понятие психоактивное вещество). Данный термин значит социально неприемлемое, чрезмерное употребление легальных веществ, или любое употребление нелегальных и общественно опасных веществ. Синдром зависимости представляет объединение бихевиоральных, когнитивных и физиологических явлений, которые развиваются после многократного употребления психоактивных веществ. В типичном случае, речь идет о сильном желании употребить вещество, проблемы с самоконтролем и контролированием его использования, которое у больного лица имеет больший приоритет, чем другие действия, которые он ценил раньше. Все это приводит к вредным последствиям: социальным, психологическим и физическим. Сюда включено физическое состояние больного в период отмены и повышение толерантности, проявляющиеся в требовании более высокой дозы вещества, вызывающего зависимость. Человек осознает свою потребность в применении данного вещества, что проявляется в попытках получить контроль над самим употреблением или полным прекращением применения.

В данной главе рассмотрим каждый вид зависимости в отдельности, сделаем обзор самых успешных методов, которые были проверены на практике и в рамках исследования. Речь идет о методах, основывающихся на когнитивной и бихевиоральной теории и психотерапии.

В Чехии наиболее широко распространенные вещества, вызывающие зависимость, — это алкоголь, табак, героин, амфетамин и более современные вещества,

например, марихуана и экстази (так называемые, танцевальные наркотические вещества).

В данной главе рассмотрим вопрос о патологической игромании (гэмблинг), которая включена в классификацию в качестве импульсивного расстройства и синдром зависимости (F 63). На практике можно встретиться и с другими формами аддиктивного поведения, таким как зависимость от секса, покупок, работы (трудоголизм) или компьютера (в англо-саксонской литературе — патологическое использование интернета и т.д.). Речь идет об импульсивном расстройстве и синдром зависимости, а не о зависимости в плане классификации МКБ-10.

8.10.1.1. Клинические проявления зависимости

Клиническая картина обусловливается формой употребления и типом вещества, вызывающего зависимость. Учитывая тему данной главы, наиболее важны синдром зависимости и вред от употребления наркотического вещества. Кроме этого, существуют диагностические единицы острой интоксикации, состояние отвыкания, психотическое расстройство (токсический психоз) и другие, лечением которых занимается психиатрия. В данном случае невозможно обойтись без фармакологического вмешательства и психотерапии (например, состояние отвыкания, вызванное выводом наркотического вещества).

Зависимость от алкоголя. Обычно происходит после нескольких лет употребления. В группу риска входят индивиды с гиперкинетическим расстройством в детстве, мужчины с антисоциальным расстройством личности и женщины с пограничным расстройством личности. Развитие зависимости быстрее происходит у женщин и молодежи. Часто обнаруживаются различные проявления личности: рационализация, обесценивание, отрицание употребления алкоголя, искаженная информация об употреблении алкоголя (например, количество алкоголя). Существует эпизодическая закономерность и стадийность развития зависимости от алкоголя. Типичные симптомы абстиненции включают нарушение сна, потерю аппетита, тошноту, дрожь конечностей, депрессивное или тревожное настроение, повышенную потливость, расстройство внимания и повышенную психическую напряженность.

В МКБ-10 не определены диагностические критерии зависимости. Пациент, как правило, имеет трудности в одной из областей — работа или школа, состояние здоровья, семья, социальное функционирование, проблемы с законом. Постепенно происходит повышение толерантности — надежный индикатор зависимости. Толерантность и зависимость развиваются индивидуально. Иногда трудно распознать зависимость на ранних стадиях развития. Хронический алкоголизм можно легко определить: наступает изменение личности, присутствует расстройство настроения, физические проблемы (часто угрожающие жизни), пациент социально стигматизирован. Описание соматических последствий выходит за рамки данной главы.

Зависимость от опиатов. Внутривенная интоксикация сопровождается «rush» (приливы жара), который имеет значительный усиливающий эффект и приводит к дополнительной интоксикации. Данная интоксикация характеризуется эйфорией, миозом (сужение зрачков), снижением перистальтики желудочно-кишечного тракта, значительной седацией (понижение активности), замедленным дыхани-

ем, ухудшенной памятью и вниманием. Относительно быстро развивается зависимость. Симптомами регулярного употребления являются: отсутствие аппетита, предпочтение сладких продуктов, потеря веса, запоры, снижение потребления алкоголя, снижение либидо и общее обеднение жизни, деятельности и интересов. Абстинентные симптомы включают увеличение тяги к употреблению наркотических веществ, тревогу, беспокойство, интенсивное потоотделение, лихорадку, тремор, насморк, слезотечение, мурашки на коже, мышечные боли, тошноту, рвоту, понос. Депрессия и тревога могут сохраняться в течение различных промежутков времени и после окончания абстинентного синдрома.

Зависимость от кокаина. Эффект интоксикации зависит от количества и способа употребления вещества. Происходит эйфория, чрезмерная бодрость, изменение в восприятии, сексуальное возбуждение, присутствует чрезмерная уверенность в себе, решения принимаются быстро, мысли ускорены, исчезает усталость и уменьшается потребность во сне. В этом состоянии увеличивается частота сердечных сокращений, повышается артериальное давление, усиливается потливость, зрачки расширяются, бывают тошнота или рвота. Изменения в поведении включают агрессивное поведение, чувство великолепия, психомоторное возбуждение, повышенный уровень бодрствования, нарушение в суждениях и некритичность, переоценивание своих способностей и, наконец, значительное ухудшение в общественной и профессиональной деятельности. Абстинентные симптомы противоположны описанным симптомам интоксикации и продолжительного употребления. При передозировке и в некоторых случаях хронического употребления может произойти развитие параноидального психоза с галлюцинациями и бредом.

Зависимость от каннабиноидов. Они содержатся в марихуане, активное вещество — ТГК (тетрагидроканнабинол). Психотропные эффекты включают эйфорию, чувство расслабления, измененное восприятие времени (замедление), ускоренный и увеличенный диапазон ассоциаций, чувство удовлетворительного самоанализа, часто наблюдается деперсонализация и дереализация, усиливается восприятие (цвет и музыка), присутствует повышенная самоуверенность. Из физических симптомов — повышенный аппетит и особенно тяга к сладкому, красные глаза, тахикардия, нарушение мышечного тонуса, нарушение координации движений. В конце интоксикации происходит ослабление, появляется сонливость и усталость. В качестве побочных эффектов может возникнуть депрессия, тревога, иногда раздражительность. Существование абстинентного синдрома и его определение остается спорным вопросом. При длительном использовании может развиться амотивационный синдром. Речь идет о расстройстве когнитивных функций, нарушении внимания, присутствует апатически-гипобулический синдром.

Зависимость от никотина. В случае употребления никотина не существует категории вредного употребления, только синдром зависимости и острой интоксикации. В малых дозах никотин сокращает время реакции, улучшает внимание, умственную работоспособность, способность к решению проблем, облегчает процесс обучения. У постоянных потребителей улучшается настроение, снимается стресс и беспокойство. Чрезмерные дозы могут вызвать беспокойство, бессон-

ницу, потерю аппетита. Абстинентный синдром включает сильное желание никотина, слабость, дисфорическое настроение (угрюмость), раздражительность, бессонницу, беспокойство, кашель, плохую концентрацию внимания. При отмене употребления никотина такое состояние может длиться на протяжении нескольких недель.

8.10.1.2. Диагностика зависимости

Как уже говорилось, злоупотребление веществами, вызывающими зависимость, вредит здоровью. Это малоадаптивная модель поведения, которая приводит к клинически значительному ухудшению или дискомфорту. В этот период происходит повторное употребление веществ, вызывающих зависимость, что приводит к неспособности выполнения основных обязанностей на работе, в школе или дома. Это случается в ситуациях физической опасности (вождение автомобиля), проблем с законом — все это происходит, несмотря на повторяющиеся социальные или межличностные последствия (в соответствии с DSM-IV). Диагностические критерии МКБ-10:

1. Должно существовать ясное доказательство того, что употребление веществ оказывает влияние на физическое или психическое состояние, в том числе на ухудшение способности выносить суждения, или дисфункциональное поведение (нарушение функционирования), которое может иметь негативное последствие для межличностных отношений;
2. Должен быть четко определен тип нарушения;
3. Проявления нарушения должны продолжаться не менее одного мес. или должны неоднократно появляться в течение 12 мес.;
4. Критерий исключения: расстройство не соответствует критериям другого психического расстройства в аналогичном периоде, связанного с тем же самым веществом, вызывающим зависимость.

Вред от употребления встречается во всех социальных группах и слоях общества. При осмотре пациента необходимо определить не только употребление психоактивных веществ, но и другие симптомы или проблемы, которые свидетельствовали бы о наличии других психических расстройств. Следует установить характерные особенности злоупотребления и исключить соматические заболевания. Острая интоксикация не значит, что речь идет о вредном использовании. Люди, которые злоупотребляют веществами, вызывающими зависимость, но у которых речь о зависимости не идет, как правило, не заинтересованы в лечении, не обращаются за помощью и, таким образом, осложняют лечение различных соматических и психических заболеваний. Они представляют собой серьезную проблему, при решении которой допустимо любое вмешательство, которое могут провести врачи разных специальностей.

Диагностические критерии синдрома зависимости по МКБ-10

На протяжении одного мес. или несколько раз в течение коротких периодов в течение 12 мес. должны совместно появиться 3 или более из следующих симптомов: 1. Сильное желание или влечение употребить вещество; 2. Нарушение контроля над использованием этого вещества, касающееся начала употребления, ее продолжительности, принимаемой дозы, что проявляется частым использованием вещества в больших количествах и в течение более длительного периода, чем было первоначально задумано, упорным желанием или безуспешными попытками снизить или регулировать употребление; 3. Патофизиологические проявления синдрома отмены в том случае, если употребление вещества редуцируется или прекращается; 4. Установление толерантности по отношению к эффекту вещества, когда для достижения интоксикации или желаемого эффекта необходимо большее количество его, или меньшая эффективность при использовании одинакового количества вещества; 5. Пристрастие к употреблению вещества проявляется путем сокращения или редуцирования других важных интересов в результате употребления вещества, или большая часть времени посвящена деятельности, необходимой для его получения, употребления или восстановления после эффекта; 6. Продолжительное употребление веществ, несмотря на их очевидные вредные последствия.

В соответствии с DSM-IV, синдром зависимости проявляется посредством симптомов толерантности (потребность в увеличении дозы для достижения интоксикации или желаемого эффекта, и в то же время значительно сниженный эффект при употреблении одинакового количества наркотического вещества), и синдрома отмены (вещество, вызывающее зависимость, часто применяется в больших количествах и в течение более длительного периода, чем первоначально предполагалось, и присутствует постоянное желание или попытка контролировать или прервать употребление). Больной проводит много времени, занимаясь деятельностью, которая необходима для получения данного вещества, самим употреблением, или же восстановлением от последствий использования. В результате, полностью прекращается или редуцируется социальная, рекреационная или трудовая деятельность. Диагноз уточняется посредством промежуточного варианта расстройства. В том случае, если речь идет о кратковременном воздержании от потребления ПАВ, то ее, можно, охарактеризовать (тип ремиссии), указывается присутствие соматического заболевания. Синдром зависимости может присутствовать в случае конкретного вещества, класса вещества (например, опиоиды), или более широкого круга различных веществ.

Кроме диагностики на оси I (где отмечается клинический диагноз всех расстройств, которыми страдает пациент), существуют оси II и III в рамках многоосной системы МКБ-10. На оси II оцениваются различные виды нарушений, которые ограничивают задачи и роли в социально-культурной среде, ожидаемые от больного. Специфическая область функционирования — уход за самим собой, работа, семья, домашнее хозяйство и функционирование в более широком социальном контексте (свободное время, деятельность за пределами семьи, адаптация к окружению, контакт с людьми в целом). На оси III оцениваются сопровождающие факторы совместно с личными проблемами, связанными с образом жизни и жилищными условиями. Эта оценка выполняется только в том случае, если эти факторы настолько серьёзны или длятся так долго, что в значительной степени воздействуют на текущее состояние пациента, или существенно влияют на него (категория Z в соответствии с МКБ-10).

8.10.1.3. Эпидемиология зависимости

Разрушительное воздействие наркотических препаратов может быть измерено в популяции путем приблизительного определения их потребления, пожизненной распространенности расстройств, связанных с употреблением, заболеваемостью, смертностью, расходами на медицинское лечение и многими другими параметрами. Индивидуальные цифры будут отличаться в отдельных странах мира и видах наркотических веществ, они зависят от используемого метода сбора и оценки данных. В случае каждого наркотического вещества наблюдаются и определенные тенденции при употреблении, которые со временем меняются среди населения в зависимости от актуального культурного социального контекста. Распространенность курения среди взрослых мужчин в 2002 году составила 31 %, среди взрослых женщин — 18 % (ежедневные курильщики). В целом, в 2002 году распространенность людей, выкуривающих, по крайней мере, одну сигарету в день составляла 21,2 %. Потребление алкогольных напитков в Чешской Республике продолжает расти, — в 2000 году потребление составило 14,9 литра чистого алкоголя на душу населения (включая детей) (Sovinová, Csémy, 2004). По данным исследования WHO и Всемирного банка, первое место по количеству потерянных лет продуктивного возраста по причине заболевания или смерти, среди всех веществ, вызывающих зависимость, занимает алкоголь. Самым популярным запрещенным веществом в последнее время стала марихуана. Пожизненная распространенность марихуаны в соответствии с исследованием ESPAD в 2003 году насчитывала 43,6 % среди подростков в возрасте 15—19 лет. Количество проблемных потребителей в возрасте 15—64 лет в том же году составило 3,6 на 1000 населения (Csémy, Brožová, 2005).

8.10.1.4. Этиопатогенетические факторы и модели зависимости

Наркотическая зависимость возникает из-за обстоятельств, которые уже были объяснены. Однако, этого недостаточно для понимания того, почему только некоторые люди используют наркотические вещества, и почему именно у них возникает зависимость, или вред от употребления. Существует несколько теорий, которые пытаются объяснить, посредством какого механизма это происходит. Первоначальные теории, направленные на поиск причины, возникли из психодинамической модели заболевания, наряду с которой позднее возникли и другие модели. Классификация МКБ и DSM были основаны на модели, которая в процессе возникновения зависимости считает самой важной интеракцию многих факторов, влияющих на употребление наркотиков: например, его конкретное действие и эффект, доступность наркотиков, социальный статус потребителя и переносимость, давление со стороны сверстников. Каждый из факторов действует на разных уровнях процесса создания и поддержания зависимости. Факторы могут быть разделены на группы: социальные и экологические факторы (окружающая среда), положительный (подкрепляющий) эффект наркотического вещества (биологический субстрат его влияния на центральную нервную систему), эффект научения и обусловливания (см. ниже), состояние отмены в качестве отрицательного подкрепления, уязвимость, которая показывает роль генетических факторов и, наконец, психодинамические факторы, такие как роль и функция семьи и структура личности потребителя.

Генетические факторы. Доказательства, полученные в результате исследования близнецов, усыновленных детей, братьев и сестер, воспитываемых отдельно, показывают, что алкогольная зависимость имеет свой генетический компонент (четырехкратный риск в других семьях приемных детей алкоголиков). Дети из семей алкоголиков имеют более высокий риск привыкания к алкоголю или другим наркотикам, чем дети родителей — не алкоголиков (четырехкратный риск алкогольной зависимости в случае ближайших родственников). Похоже, что в развитии других зависимостей участвуют и генетические факторы. В общей модели уязвимости 31 % переменных можно отнести к генетическим факторам, 25 % составляет влияние семьи и 44 % считаются другие факторы, помимо семьи (Kaplan и Sadock, 7-е издание, 2000).

Нейрохимические факторы. Для большинства веществ, вызывающих зависимость, были найдены механизмы действия в центральной нервной системе (ЦНС). Эти механизмы являются переносчиками (нейротрансмиттеры), их рецепторы и системы функционируют в разных областях и организованы в круги или пути. Наиболее важными из них оказались: эндогенные опиоиды, катехоламины, допамин и ГАМК (гамма аминомасляная кислота). Известно, что в головном мозге находится центр вознаграждения (внутреннего подкрепления). Связанная с ним область — наиболее важная в развитии зависимости от психоактивных веществ (англ. Pleasure / reward / reinforcement circuity: область удовольствия, награды и подкрепления). Она состоит из следующих областей ЦНС вентральной покрышки среднего мозга (tegmentum), хвостатого ядра (nucleus accumbens), бледного шара (pallidum), миндалевидного тела (amygdala), основания гиппокампа subiculum, голубого пятна (locus coeruleus) и других. Вещество, вызывающее зависимость, действует на многих уровнях клеточного метаболизма головного мозга: для выщелачивания переносчиков, которые садятся на рецепторы, как ключи в замок, модифицирует эти рецепторы, действует на обратный захват переносчиков в клетки, влияет на экспрессию генов и другие молекулярные механизмы. В зависимости от того, где и как действует наркотическое вещество, происходит формирование и поддержание зависимости, возникновение абстинентного синдрома, неприятных физических симптомов, поддерживается постоянная тяга (влечение, анг. *craving*). Основываясь на знаниях о нейробиологических механизмах действия наркотических препаратов, пытаемся повлиять на зависимость фармакологическим способом. Кроме того, было доказано, что психотерапия (в качестве небиологического метода лечения) имеет аналогичный эффект влияния на центральную нервную систему, как данные препараты.

Индивидуальные наркотические вещества отличаются потенциалом вызова зависимости, также важен способ применения (например, пристрастие к героину происходит быстрее при внутривенном применении, чем, если его нюхать). Изменение толерантности и абстинентный синдром становится проявлением биологических механизмов.

Дополнительные факторы. В зависимости участвуют личностные характеристики индивида (они также имеют свой нейрохимический коррелят в виде нарушения системы вознаграждения, переносчиков и т.д.), социальный контекст, отношение к наркотическим веществам, к их использованию, доступность нар-

котиков, правила употребления, легализация алкоголя и табака, давление со стороны сверстников, сотрудников и других заинтересованных групп. Кроме того, можно рассмотреть вопрос о влиянии стресса, фрустрации, психотравмы и конфликтов в общем смысле, физических заболеваний и других психических расстройств.

Биопсихосоциальная модель заболевания. Это классическая медицинская модель заболевания. Зависимый больной человек попадает в порочный круг — вначале положительно подкрепляется первичное применение наркотического вещества, что приводит к изменениям биохимии центральной нервной системы, и при хроническом употреблении вызывает негативное когнитивное и аффективное состояние (эмоции, настроение, мысли и т.д.). Эти негативные психологические состояния мотивируют поведение, направленное к дальнейшему употреблению наркотиков, так как зависимый индивид помнит высоко подкрепляющие положительные ощущения, связанные с расслаблением и повышенным использованием нейротрансмиттеров в начале употребления. Изменения в ЦНС, вызванные употреблением наркотических веществ, являются не только острыми, но также происходят хронические изменения (адаптации), впоследствии которых возникает тяга к употреблению и абстинентный синдром, или даже рецидив заболевания. Происходит развитие тревожных и депрессивных состояний, которые, например, алкоголь, с одной стороны, вызывает, а с другой стороны, частично снимает. Другие негативные психологические последствия становятся результатом образа жизни зависимых людей. В этом случае присутствуют проблемы с самооценкой, идентичностью и пониманием самого себя, отсутствует уверенность в себе, может появиться гнев, враждебность, жалость к себе, низкая толерантность к фрустрации, опасения, или страх. Конечно, некоторые из этих проблем способны предотвратить развитие зависимости или облегчить ее, но в большинстве случаев, речь идет о последствиях. В дальнейшем эти психические состояния провоцируют поведение, которое приводит к поиску и потреблению наркотических веществ — далее порочный круг замыкается, и личные проблемы становятся все хуже. Социальное измерение представляет собой еще одну часть модели. У зависимых людей происходит нарушение межличностных отношений, страдает их развитие и поддержание. Происходит потеря навыков, необходимых для решения различных трудностей, конфликтов (в браке) и для поддержания интимных отношений. У партнеров или близких людей также происходит развитие малоадаптивных стратегий. В семьях страдают дети, что проявляется как в школе, так и дома, возникают проблемы с обучением, и, как следствие, появляются собственные проблемы с употреблением наркотических веществ. В более широком контексте появляются проблемы с законом, на работе, финансовые проблемы, снижение социального статуса или социальной стигматизации и, наконец, потеря роли и социального статуса в целом. Не в последнюю очередь, потребление веществ, вызывающих зависимость, нарушает духовную жизнь человека. В данном случае часто происходит отчуждение, изоляция, пустота и потеря смысла жизни

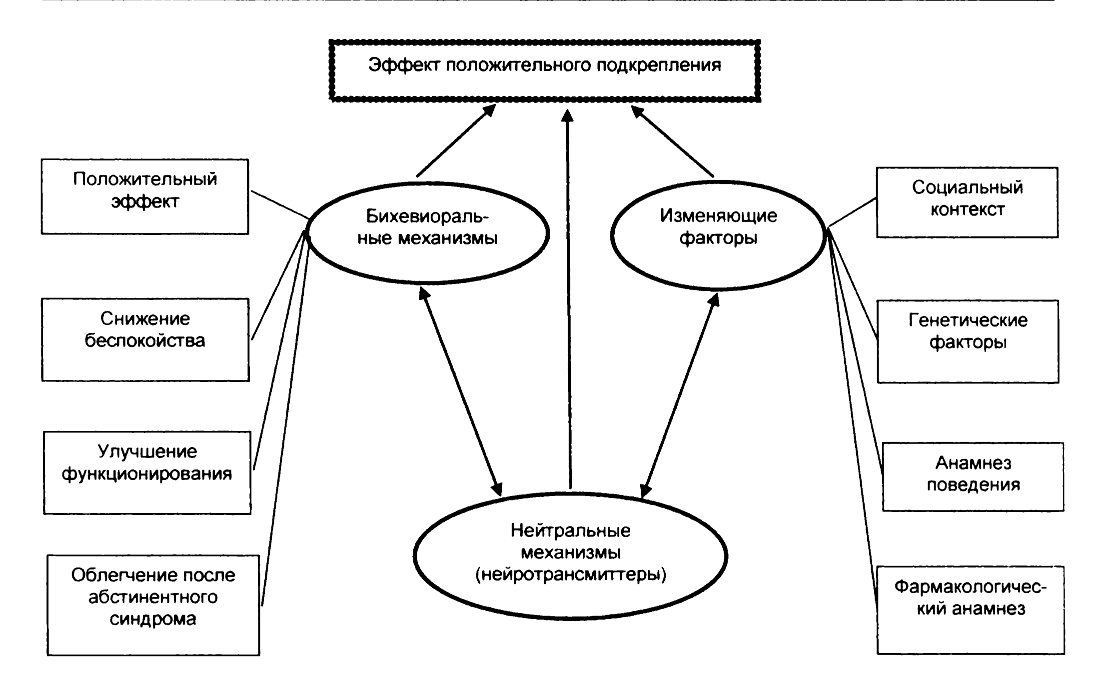


Рис. 8.39. Биопсихосоциальная модель заболевания (Kaplan и Sadock, 1994)

Психоаналитические теории. Выясняют причины начала потребления, пытаются объяснить, почему человек начинает потреблять вещества, вызывающие зависимость, и почему он эту зависимость поддерживает. Потребление наркотических веществ они рассматривают в качестве признака скрытых расстройств и предполагают, что текущие проблемы у зависимых людей существовали уже раньше и вызвали эту зависимость. Не признают гетерогенность (разнообразие) людей, у которых присутствует зависимость, и, наконец, распространённость заболеваемости рассматривают в качестве серьезной патологии и скептически относятся ко всему тому, что касается эффективности терапевтических интервенций.

Когнитивно-бихевиоральную модель см. ниже.

8.10.1.5. Дифференциальный диагноз и коморбидность зависимости

Дифференциальная диагностика имеет важное значение в случаях острой интоксикации от вещества, вызывающего зависимость, или их комбинации, когда необходимо различать отдельные психопатологические и физические симптомы с целью принятия быстрых решений и надлежащего лечения острого состояния. Важно определить, возникают ли данные симптомы только в результате нарушений, которые появляются после употреблении веществ, вызывающих зависимость, или речь идет о другом психическом заболевании или расстройстве, которое изменяет способ и природу интервенции у больного. Обычно, проблем с определением типа вещества, вызывающего зависимость, не возникает. Проблемы могут возникнуть в случае чрезмерного потребления данных веществ, в МКБ-10 это категория потребления нескольких таких веществ, а также потребление

других психоактивных веществ. Данная категория используется в том случае, если возникнет психическое расстройство, вызванное несколькими веществами, причем в этом случае не ясно, какие именно эффекты преобладают.

Данные из США (Kaplan и Sadock, 2000) говорят о том, что примерно 76 % мужчин и 65 % женщин с диагнозом наркомании страдают другими психическими заболеваниями. Различные теории возникновения наркомании рассматривают вопрос о том, становятся ли психические нарушения причиной, или следствием употребления веществ, вызывающих зависимость. Исследования и опыт подтверждают оба факта: во-первых, это предрасполагающие факторы, на которые воздействует многофакторное влияние окружающей среды, и которые совместно создают условия для развития расстройства, а во-вторых, это разрушительные последствия употребления, которые порождают возникновение другого психического расстройства. Наиболее распространенным сопутствующим заболеванием оказывается употребление двух наркотических препаратов, один из которых — алкоголь (курение). Из других психических расстройств часто устанавливаются расстройства личности (антисоциальные, пограничные), тревожные расстройства и фобии, депрессивное расстройство и дистимию (для пояснения см. любой учебник по психиатрии). Чаще наблюдается коморбидность с другими психическими расстройствами у людей, употребляющих опиоиды и кокаин, чем у потребителей марихуаны. Употребление наркотических веществ — преципитирующий фактор самоубийства (вероятность в 20 раз выше, чем в нормальной популяции). Употребление наркотических веществ, к сожалению, часто встречающееся у пациентов, страдающих шизофренией, может быть одним из преципитирующих факторов раннего развития этого заболевания (не причиной). У людей, которые употребляют кокаин, часто обнаруживается гиперкинетическое расстройство (синдром гиперактивности и дефицита внимания).

8.10.1.6. Развитие зависимости

В соответствии с МКБ-10, диагноз синдрома зависимости может быть дополнительно определен следующими вариантами развития заболевания: текущая абстинентность, в смысле ремиссии заболевания (в соответствии с DSM это значит, что в течение 1 месяца не присутствуют никаких критериев для зависимости от наркотических веществ), — данная ремиссия может быть частичной, либо полной; далее, варианты трезвости: в защищенной среде, посредством лечения аверсивными веществами (дисульфирам, налтрексон), либо в поддерживающем режиме, или режиме замены (никотиновая жевательная резинка, метадон). Развитие зависимости может быть определено как хроническое (континуальное), либо эпизодическое употребление. Рецидивом называется возвращение заболевания после периода его ремиссии.

8.10.2. Точка зрения КБТ

В настоящее время, КБТ имеет при лечении наркотической зависимости все более широкое применение. Большинство комплексных программ лечения для пациентов, страдающих зависимостью от алкоголя и наркотических веществ, используют некоторые элементы или подходы, непосредственно созданные или полученные на основании когнитивно-бихевиорального метода. Появляется все

больше доказательств его эффективности в некоторых случаях зависимости. КБТ значительно более успешна в сравнении с другими методами, а при использовании психотерапевтических подходов лечения зависимости, КБТ считается наиболее изученным методом. КБТ воспринимает злоупотребление психоактивными веществами в качестве усвоенной стратегии, которая доминирует в жизни потребителя в процессе решения проблем. Она предполагает, что употребление наркотических веществ находится в тесном контакте с проблемами повседневной жизни.

Возникновение и поддержание употребления веществ, вызывающих зависимость, объясняется как теорией обучения (обусловливание, социальное учение), так и влиянием когнитивных переменных с участием факторов окружающей среды. КБТ минимизирует влияние причинных генетических факторов, больший акцент ставится на взаимодействии биологических компонентов, определяющих конституцию личности, факторы окружающей среды и отдельных процессов обучения. Результатом становится зависимость в форме неадекватного поведения и образа жизни в целом.

8.10.2.1. Бихевиоральная теория

С бихевиоральной точки зрения, человеческое поведение — результат процесса научения, то есть одни и те же процессы научения, которые создают проблемное поведение, могут их изменить. Поведение, по большей части, определяется влиянием окружающих и ситуационных факторов. Применяя принципы научения, можно повлиять не только на поведение, но и на мышление и эмоции.

Акцент делается на процессы научения — классическая теория изначально различала две формы научения: классическое и оперантное обусловливание. Позже добавилась третья форма — социальное научение, или научение с помощью подражания. В возникновении и развитии зависимости важную роль играет социальное научение и оперантное обусловливание. Сегодня на формирование и поддержание поведения несомненное влияние оказывают когнитивные процессы (другой тип обучения, так называемое, когнитивное научение).

Теория обучения:

Классическое обусловливание — процесс, посредством которого условные и безусловные внешние раздражители начинают вызывать срочную потребность или желание принять наркотическое вещество. Основываясь на результатах исследований, предполагается, что определенная окружающая среда стимулирует процесс употребления наркотических средств именно в этой обстановке. Теория классического обусловливания основана на аверсивном методе, методе релаксации или на методе контроля стимулов.

Оперантное обусловливание происходит в связи с преднамеренным поведением, которое адаптируется к определенной среде. Происходит подкрепление или ослабление конкретных моделей положительного или отрицательного поведения, в зависимости от последствий такого поведения (необходимо помнить, что при обучении посредством оперантного обусловливания, движемся в области вероятностей). В случае зависимости это значит, что одним из наиболее важных факторов становится подкрепляющий эффект наркотического вещества. Объяснение

того факта, что зависимый индивид игнорирует негативные последствия своего поведения, состоит в том, что стимулы в более долгосрочной перспективе (негативные последствия) оказывают меньшее влияние на поведение, чем стимулы (положительно подкрепляющие), которые наступают сразу же после появления определенной модели поведения (употребление наркотиков). Подкрепляющие стимулы влияют не только на поведение, но и на эмоции и мысли (ожидания). С точки зрения лечения, важно, что употребляющий индивид может самостоятельно подкреплять (усиливать) данное поведение, которое не согласуется с употреблением наркотических веществ.

Социальное научение представляется самым быстрым способом создания новых моделей поведения. Это обучение путем наблюдения и подражания, из которого следует незаменимая роль когнитивных процессов во время данной формы научения. Результат зависит от вида научения, мотивации и ожидания наблюдателя. Обучение посредством подражания в значительной степени проявляется у подростков. На данной теории основаны методы научения социальным навыкам, ассертивности, работа с самооценкой, управление гневом и разочарованием. Для пациента, моделью поведения может служить, например, терапевт.

Бихевиоральный анализ

После тщательного обследования пациента, используем вышеуказанные теоретические знания для формулирования его проблемы, кроме того, проведем бихевиоральный, когнитивный и функциональный анализ. Бихевиоральный анализ — так называемая, «А-Б-В схема» (см. общую часть).

А представляет возбудители (антецеденты), включающие все факторы окружающей среды, ситуации и обстоятельства, которые, в конечном счете, приводят к употреблению наркотических веществ, вызывают сильное желание употребить данное вещество или приводят к рецидиву. Также это могут быть внутренние возбудители: физические сигналы или психическое состояние дискомфорта, которые были раньше или в настоящее время связанны с наркотиками.

Далее подробно рассмотрим **Б**, то есть поведение пациента во всех его формах: физиологические реакции, эмоции, мышление и собственное поведение. Мы сосредоточимся на желании употребить наркотик, которое подробно анализируем во всех указанных категориях. Мы опишем ритуальное действие — употребление наркотиков, пытаемся в деталях описать пациенту эффекты наркотических препаратов.

Следует последняя часть схемы, **В** — последствия. Необходимо различать непосредственные последствия, которые после употребления наркотического вещества, как правило, позитивны: приятные эффекты, облегчение, уход от проблемы, удовлетворение желания, краткосрочная выгода от употребления наркотиков. Кроме положительных, существуют и отрицательные последствия: немедленные и долгосрочные, которые преобладают. В начале терапии пациент может не осознавать их — к ним перейдем немного позже, и они станут предметом дальнейших терапевтических сеансов. Пытаемся определить, какие именно факторы являются модифицирующими, влияющими на обстоятельства употребления наркотических веществ и его последствий.

Бихевиоральный анализ, таким образом, представляет собой описание проблемы приема наркотических веществ, которое включает то, что происходит с пациентом, что вызывает само употребление и какие это имеет последствия.

8.10.2.2. Когнитивная теория

Когнитивные процессы выполняют посредническую функцию между стимулами и поведением. Это психические процессы, которые обрабатывают информацию из внешней и внутренней среды. Сюда включены процессы восприятия, внимания, памяти, мышления, оценки, приписывания (атрибуции), ожидания и т.д. Теория социального научения (бихевиоральная теория) также подчеркивает важность мышления, эмоций и аффектов, их взаимосвязь и взаимодействие, и тем самым вносит существенный вклад в интеграцию когнитивных и бихевиоральных подходов. В настоящее время не существует ни одной комплексной когнитивной теории. Одну из самых влиятельных когнитивных теорий, которая с тех пор постоянно развивается (в рамках КБТ и отдельно), сформулировал А.Т. Бек. Согласно данной теории, когнитивные процессы иерархически структурированы.

В качестве когнитивного события рассматриваются мысли, представления и АНМ, связанные с проблемой пациента и становятся предметом терапии. Они могут иметь различный эмоциональный заряд и влияние на поведение.

Когнитивные операции являются более сложным процессом, в котором обрабатываются, оцениваются и рассматриваются когнитивные события. На этом уровне иногда возникает активация, так называемых, когнитивных ошибок, когда происходит искажение когнитивных событий, их переоценка, неправильная обработка и т.д. Первоначально Бек описал 7 видов основных когнитивных ошибок, к которым постепенно добавлялись другие. Только в том случае, когда их активация происходит повторно и чрезмерно часто, развивается психологическое расстройство или заболевание.

Когнитивные схемы, это структуры, представляющие собой совокупность основных и часто бессознательных предположений о том, какой я есть на самом деле, каков мир вокруг меня и что я могу ожидать от него. Они касаются областей производительности, принятия (самопринятия) и власти, которая представляет собой чрезмерную потребность контролировать себя и события вокруг (компетенция и автономия). Они создаются под влиянием опыта в раннем детстве и могут оставаться скрытыми на протяжении различных промежутков времени. Активация когнитивных схем приводит к возникновению АНМ, представляющих верхушку айсберга сложной структуры когнитивных процессов.

Когнитивная модель зависимости. Согласно когнитивной теории, зависимость — чрезвычайно сложный процесс, который характеризуется глубоко расположенными и стойкими малоадаптивными убеждениями (основные убеждения). Они образуются, как уже упоминалось, в раннем детстве, посредством воздействия критического опыта и событий, и с самого начала никак не связаны с употреблением алкоголя или наркотиков. На формирование схем влияет семейная, социальная и культурная среда. Негативный опыт на ранних стадиях развития создает схемы, которые приводят к уязвимости их владельцев, остаются латентными (не проявляются) до момента их активации каким-либо событием (контакт с наркотическим веществом). В начале возникновения зависимости употребле-

ние наркотического вещества оказывается компенсаторной стратегией, продолжающейся путем создания новых убеждений о наркотике, которые затем объединяются с уже существующими малоадаптивными убеждениями. Кроме того, возникают, так называемые, дисфункциональные предположения, соединения «если-тогда», которые еще больше ослабляют человека перед искушением употребить наркотик. («Если я сейчас выпью, мне станет легче; Если я сейчас не выкурю сигарету, то у меня случится приступ».) Решение начать употреблять (или экспериментировать) находится под совокупным влиянием всех этих убеждений. От них может зависеть, какое наркотическое вещество человек захочет употребить. Первый опыт, как правило, приятный, поэтому человек снова попытается повторить его. В то же время подкрепляются ожидания и некоторые убеждения, со временем возникают убеждения, ориентированные на облегчение и разрешение принять наркотик. Дальнейшее употребление подкрепляет понятия, которые становятся автоматическими, и порочный круг замыкается. Примеры малоадаптивных схем приведены в общей части публикации.

Если внимательно рассмотреть процесс употребления наркотических веществ в более коротком интервале, то можно идентифицировать отдельные возбудители, которые появляются в определенных, высоко рискованных ситуациях. Они угрожают самоконтролю потребителей и повышают риск рецидива или дальнейшего употребления. Они вызывают автоматические мысли, которые являются производными от основных убеждений потребителя и вызывают желание и влечение употреблять наркотические вещества. Вместе с эмоциями, настроением, факторами окружающей среды (социальное давление), это приводит к созданию фасилитирующих (способствующих) убеждений. Обычно, такие убеждения когнитивно искажены и снижают способность переносить тягу. По сути, они означают обоснованность, подтверждение какой-либо действительности, они багателизируют процесс («Жизнь не имеет никакого смысла, поэтому не имеет значения, курю я или нет».) Чем они сильнее, тем легче потребитель поддается желанию. Далее следует стратегия, которая ориентирована на получение наркотического вещества (инструментальная), после ее успешного осуществления может произойти срыв: употребление наркотика или рецидив.

Сравнение когнитивной терапии и КБТ. С точки зрения терапии зависимостей, когнитивная терапия отличается от КБТ в минимальной степени. Общими остаются термины, обе терапии ориентированы на функциональный анализ проблемы, на выявление процессов, которые лежат в основе возникновения и поддержания зависимости. КБТ сосредотачивается на обучении и практике различных навыков, из которых только некоторые являются чисто когнитивного характера. КБТ подчеркивает бихевиоральные аспекты методов преодоления проблем, особенно в начале лечения. По сравнению с когнитивной терапией КБТ может рассматриваться, как более дидактическая, и работает не только с тем, как пациент думает, но и как он себя ведет.

На основе когнитивной теории созданы такие методы как, коммуникативные навыки, управление стрессом, самоконтроль и профилактика рецидивов.

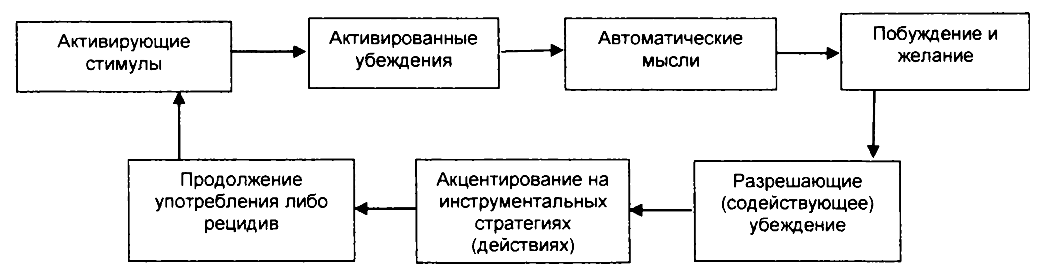


Рис. 8.40. Когнитивная модель зависимости (Salkovskis, 1996)

8.10.2.3. Когнитивно-бихевиоральная модель зависимости

Путем интеграции элементов бихевиоральных и когнитивных теорий возникает КБ модель, другими словами, когнитивно-бихевиоральная формулировка проблем пациента по отношению к зависимостям (см. рисунок 8.41.).

Когнитивно-бихевиоральная модель зависимости предполагает, что начало употребления наркотических веществ находится под влиянием комбинации существующих факторов внешней среды (например, доступность наркотиков, нормы и правила в обществе), физиологических реакций индивида при первом контакте с наркотическим препаратом (что впоследствии приведет к укреплению его характера), а также конституции и структуры его личности (предрасположенность к употреблению, т. е., личностные черты и предположения, особенности нейрохимической системы головного мозга, влияние воспитания и окружающей среды на формирование основных убеждений, взглядов, умение терпеть и справляться со стрессом и разочарованием, социальные и межличностные навыки и много других). Факт начала и продолжения употребления наркотиков индивидом во многом зависит от среды, в которой он живет, норм общества и группы, в которой он находится, а также, будет ли употребление наркотиков приятным или нет. Отношение и поведение родителей в этом случае играет очень важную роль — ребенок будет стремиться повторять их поведение (или поведение других моделей). Также существенно, насколько наркотическое вещество станет регулятором настроения индивида, и в какой степени он будет использовать употребление наркотиков в качестве основного способа справляться с эмоциями. Если навыки по управлению эмоциями отсутствовали перед началом их использования, наркотическое вещество может послужить в качестве компенсаторного механизма. Некоторые личностные черты (импульсивность, стремление к возбуждению и поиск чего-то нового) также увеличивают риск употребления наркотических препаратов. На ранних стадиях развития зависимости преобладает оперантное обусловливание, социальное научение и когнитивные факторы. На более поздней стадии имеет место классическое обусловливание посредством абстинентного синдрома (существует мнение, что толерантность также выученный феномен). На более тяжелых стадиях зависимости наркотическое вещество используется для того, чтобы избежать появления абстинентного синдрома (отрицательное подкрепление). Важность и роль наркотического вещества в жизни наркозависимого индивида приобретает все большее значение. Больной перестает справляться с проблемами, связанными с приемом наркотического вещества, перестает справляться со своими негативными эмоциями, не замечает последствий, потому что в сравне-

нии с ранее упомянутым, они становятся более отдаленными. Его способность решать проблемы постоянно ухудшается, употребление наркотиков становится стереотипным действием. В этом случае может существовать социальное давление, которое становится еще одним поддерживающим фактором. Все это находит свое отражение в когнитивных процессах, которые ограничиваются увеличивающимся количеством дисфункциональных убеждений и негативных мыслей, воздействующих на побуждение и желание употребить наркотическое вещество. Изменение мышления и снижение способности решать какие-либо проблемы, приводит к потере уверенности в себе, нарушению социального функционирования и опустошению личности — так в порочном круге поддерживается зависимость.

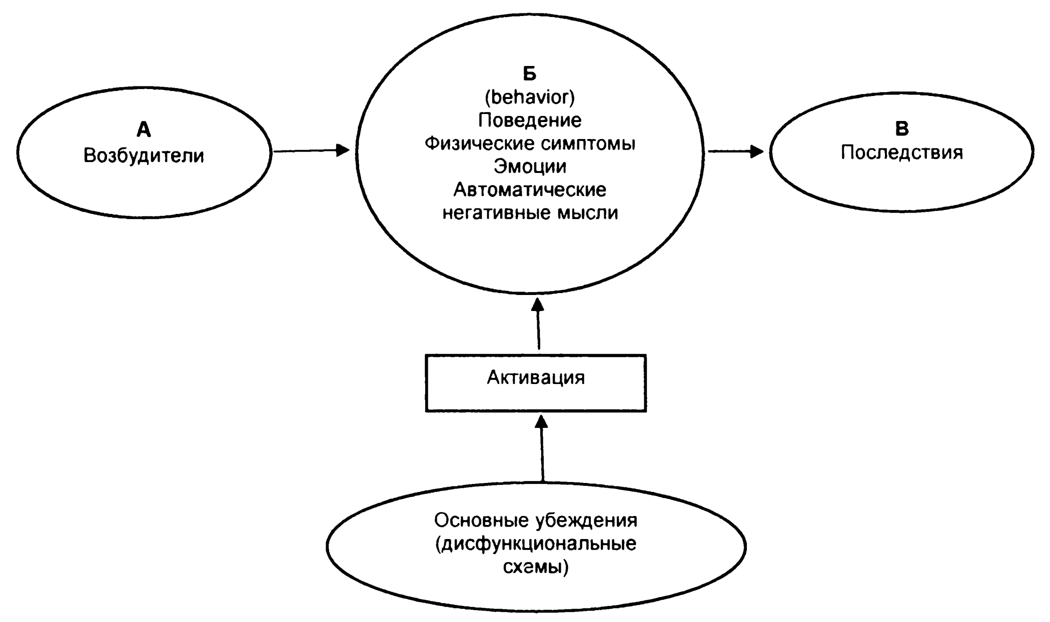


Рис. 8.41. КБТ модель

8.10.3. КБТ подход при зависимости

КБТ представляет собой краткосрочный психотерапевтический подход, который должен быть высоко структурированным, направленным на достижение конкретных целей, и ориентированным, в первую очередь, на актуальные проблемы конкретного пациента. Должен быть гибким и подходящим для большинства клинических программ и организации лечения. Он совместим со многими другими психотерапевтическими методами, с фармакотерапией, научно и практически хорошо исследован, его применение улучшает результаты лечения многих психических расстройств, в том числе употребление веществ, вызывающих зависимость.

КБТ зависимости включает несколько основных задач: создание доверительных терапевтических отношений, основанных на сотрудничестве, стимулирование мотивации к изменению поведения, функциональный анализ текущих

проблем пациента, постановка и оценка целей, использование когнитивных и бихевиоральных методов структурированно во времени и, наконец, оценка эффективности терапии и ее завершение. Необходимая и особая интервенция — работа по совладанию с тягой к наркотическому препарату, распознавание так называемых, незначимых решений, которые, в конечном итоге, приводят к употреблению наркотических препаратов (на англ., *seemingly irrelevant decisions*), создание плана на случай попадания в ситуации риска и рецидива, тренировка навыка отказа от наркотиков, определение рискованных ситуаций для пациента и обучения навыкам совладания с ними, обучение навыкам и когнитивному реструктурированию.

Терапевтические отношения составляют основу дальнейшего лечения (они являются общеобязательными). Теплое, чуткое, активное, открытое и уважительное отношение к пациенту увеличивает вероятность успешного лечения. Пациент часто чувствует себя неловко, может быть недоверчив, чувствует себя наказанным за свою зависимость, стигматизированным, ему стыдно. Это может проявиться несколько враждебным поведением по отношению к терапевту в начале лечения. Терапевт должен быть искренним, аутентичным, иногда осторожным, в любом случае он должен оставаться внимательным и восприимчивым к вербальным и невербальным проявлениям пациента. Эмпатическое отношение можно тренировать, например, посредством попыток изменить собственное зависимое поведение или привычки, участия во встречах групп самопомощи и терпеливым восприятием новой информации. Пациент должен получать поддержку и надежду на изменение в терапевтическом альянсе. Поэтому пациента следует постоянно подбадривать, хвалить даже в случае небольших успехов, и, тем самым, подкреплять его уверенность в себе. Кроме того, важен срок и способ использования различных интервенций, особенно вначале построения отношений. Пациент должен быть знаком со всеми аспектами будущего лечения: что от него можно ожидать, как долго оно будет длиться, каковы правила сотрудничества с акцентом на посещаемость, трезвость, выполнение упражнений и домашних заданий. Терапевту следует соблюдать все сроки и время сеанса, быть честным и употреблять все свои способности на пользу пациента. Среди препятствий к сотрудничеству со стороны терапевта могут быть собственные негативные мысли, суждения и убеждения о зависимых пациентах. Поэтому важно определить, что именно из поведения пациента вызывает у терапевта эти чувства и мысли, обсудить их и проанализировать. Целесообразно отразить их пациенту в форме обратной связи, как можно более объективно и открыто. Терапевтические отношения при КБТ, с одной стороны, — директивные (и образовательные), с другой стороны, предоставляют пациенту самостоятельность и пространство, возможность свободно работать над проблемой и изучать ее. Пациент должен сам найти решение своих трудностей, создавать свои собственные гипотезы, устанавливать цели и участвовать в их предварительной оценке, а в случае необходимости, менять их в сотрудничестве с терапевтом.

8.10.3.1. КБТ обследование

Обследование при КБТ включает: разговор с пациентом, бихевиоральный, когнитивный и функциональный анализ, используются самооценивающие анкеты и шкалы (установление частоты, интенсивности и продолжительности поведения,

эмоциональных состояний, настроения, беспокойства). Мы обследуем пациента комплексным образом: психиатрически, уточняем его анамнез и историю, а также развитие употребления наркотических веществ, спрашиваем больного о других существующих психических проблемах в дополнение к употреблению данных веществ. У некоторых пациентов сопутствующие психические расстройства могут оставаться скрытыми в течение различных периодов лечения. Симптомы этих нарушений делают человека уязвимым по отношению к употреблению веществ, вызывающих зависимость. Поэтому необходимо акцентировать внимание на этой области уже при начальном обследовании, а затем приспособить к ним процесс лечения. Нам необходимо выяснить и поддержать мотивацию пациента, также исследовать внутренние ресурсы больного. Необходимо собрать доступную информацию от людей, окружающих пациента, попытаться узнать отношение семьи и близких людей больного, в случае необходимости, привлечь их к лечению. Для этого следует получить согласие пациента, заранее обо всем проконсультироваться с ним. Общепринято, что точка зрения пациента по отношению ко всем указанным областям того, что нас интересует, должна быть очень важной для терапевта.

Бихевиоральный анализ. На основании модели А-В-С ищем факторы, которые привели к формированию зависимого поведения, идентифицируем возбудители употребления. Мы тщательно анализируем обстоятельства употребления и фиксируем факторы окружающей среды. Мы стараемся определить рискованные ситуации. Особое внимание рекомендуется уделить влечению к наркотику (craving), как можно более детально, подробно описать возбудителей влечения, какие физические ощущения, мысли и эмоции они вызывают. Опишем поведение пациента в связи с употреблением наркотиков: определяем его физиологические реакции, эмоции (настроение, тревога, гнев, одиночество, скука, волнение) и поведение при употреблении, или же при наличии симптомов абстиненции. Важно определить АНМ больного. Поведение пациента описываем в категориях частоты появления, продолжительности и интенсивности. Мы спрашиваем пациента о периодах трезвости, обсуждаем его текущие попытки воздержания, пытаемся установить последствия проблемного поведения. Положительные непосредственные последствия, как правило, приводят к поддержанию продолжительного проблемного поведения вместе со всеми негативными последствиями.

Когнитивный анализ. Мы предложим пациенту концепцию на основании информации о его раннем развитии, детстве и первоначальной семье, текущих проблемах, автоматических мыслях, схемах и убеждениях, эмоциях, возбудителях и неадекватном поведении. Рекомендуется не забывать о полученных данных, в частности, о семейной обстановке во время терапевтического процесса и неоднократно к ним возвращаться. Часто бывает, что пациент не признает многие свои проблемы в начале лечения. Это происходит позже, когда растет его уверенность в успехе лечения и / или в терапевте. Мы стараемся раскрыть убеждения, которые присутствуют у пациента относительно веществ, вызывающих зависимость, об их употреблении, значении для жизни, о себе и о других людям, о взгляде пациента на мир. После раскрытия этих мыслительных процессов у пациента обычно происходит переоценка своих взглядов на употребление наркотиков.

Когнитивный профиль, таким образом, состоит из информации о возбудителях, убеждениях (схемах, позволяющих и облегчающих употребление) и автоматических мыслей. Полученная информация будет использована для объяснения модели заболевания, создания порочного круга употребления наркотических веществ.

Функциональный анализ. На основе функционального анализа необходимо понять, какую значимость имеет проблема в жизни пациента, и какие факторы поддерживают ее или модифицируют. Согласно теории КБТ проблемное поведение выучено и сохраняется за счет влияния подкрепляющих факторов (положительные и отрицательные, непосредственные и более отдаленные последствия). Еще один важный вопрос состоит в том, каким образом проблемное поведение влияет на жизнь пациента. Мы пытаемся определить влияние проблемного поведения пациента на межличностные отношения, устанавливаем вторичную выгоду пациента по отношению к заболеванию. Подобным образом, подробно обсуждаем все области, на которые влияет данное употребление: семейные отношения, отношения на работе и остальные социальные взаимодействия, конфликты с законом, финансовые проблемы и физические проблемы со здоровьем. Частью функционального анализа должно стать определение сильных и слабых сторон пациента. Мы ищем сильные стороны, способности и навыки пациента, на которые сможем опереться при терапии, одновременно устанавливаем цели в приобретении навыков, которые у пациента отсутствуют, или неэффективно используются.

В заключение обследования и после проведения бихевиорального, когнитивного и функционального анализа, создаётся предварительная формулировка задачи: пациенту предоставляют когнитивно-бихевиоральную модель его проблемы и просят его дополнить её или исправить. Эта формулировка рассматривается в качестве первоначальной гипотезы, на основании которой устанавливаются цели терапии. Во время терапии собирается дополнительная информация для дополнения и уточнения первоначальной формулировки.

8.10.3.2. Цели, структура сеанса и лечебный план

Установление индивидуального плана лечения — основа КБТ. При КБТ предоставляются различные варианты терапевтических целей, и чрезвычайно важно, чтобы цели были определены в сотрудничестве с пациентом. У пациента должно присутствовать право выбора независимо от мнения терапевта, так как это значительно поддерживает его мотивацию и участие в терапии. КБТ, в отличие от традиционного лечения зависимости, позволяет сделать выбор в пользу контролируемого употребления алкоголя. В качестве основных целей при лечении зависимости с точки зрения КБТ допускается контролируемое употребление алкогольных напитков, либо полное воздержание.

Структура сеанса. На каждом сеансе выполняется относительно большой объем работы. Сеанс включает в себя обзор последнего сеанса, выслушивание проблем пациента, которые произошли со времени последней встречи, обучение навыкам, их повторение и рекапитуляцию уже освоенных навыков, планирование времени следующего сеанса, программу следующего сеанса и обратную связь. Технические аспекты лечения должны быть сбалансированы посредством активного создания и улучшения терапевтических отношений. Некоторые пациенты

имеют так много проблем, что им трудно выбрать и сосредоточиться только на одной. В этот момент необходимо выслушать пациента, подбодрить, предложить план о том, как при лечении действовать таким образом, чтобы не пропустить ни одну из его серьезных проблем. Тем не менее, необходимо настаивать на принципах и правилах терапии, которые, несмотря на проблемы пациента, должны быть реализованы. Таким образом, создаётся пространство для работы, и с течением времени, с учетом достижений в терапии, произойдет изменение отношения и позиции пациента.

Сеанс начинается с установления программы и определения текущего настроения пациента (оценка эмоций и их измерение за последнее время). Далее, целесообразно кратко подвести итоги последнего сеанса, спросить пациента, какие моменты он считает самыми важными. Затем выслушиваем пациента, в случае необходимости, обсуждаем с ним его опасения, беспокойство, его влечение к употреблению веществ, вызывающих зависимость и его участие в рискованных ситуациях, произошедшие с момента последнего сеанса.

Середина сеанса посвящена обсуждению установленной темы, которую пытаемся соотнести с реальными проблемами пациента. Затем пытаемся установить понимание темы со стороны больного, работаем с реакциями пациента.

Сеанс заканчиваем определением домашнего задания, резюмированием содержания сеанса. Следует упомянуть о потребности проведения работы, связанной с влечением пациента к употреблению наркотических веществ и прогнозированием рискованных ситуаций. Мы обсуждаем план на неделю (в зависимости от частоты сеансов) и спрашиваем об обратной связи. Непрерывно во время лечения стараемся поддерживать пациента, например, призываем использовать медицинские препараты, не забываем о качестве терапевтических отношений, возвращаемся к модели заболевания (порочный круг), работаем с семьей, оцениваем достигнутый прогресс, размышляем над неудачами, помогаем пациенту создать чувство продуктивности, контроля и независимости.

План лечения

Лечение зависимости от наркотических веществ должно иметь 3 фазы:

В первой фазе, пациент осознает чувство ответственности и мотивацию на изменение своего поведения. **Вторая фаза** характеризуется применением новых форм поведения на практике, их тренировкой и подкреплением. Акцент делается на методах, которые облегчают воздержание от ПАВ (это могут быть медицинские препараты, внешняя поддержка). Терапевт фокусируется на работе с тягой больного, фиксирует свое внимание на возможных ситуациях риска, старается понять, казалось бы, «неподходящие» решения, занимается тренировкой навыка отказа от наркотического вещества, проводит когнитивную реструктуризацию мыслей относительно употребления наркотических веществ. Этот этап считается наиболее уязвимым, при нем происходит примерно 60 % рецидивов. Терапевт поддерживает развитие осознания и рефлексию проблемы.

Последняя фаза лечения — поддержание изменений в поведении (в течение длительного времени это может представлять большую проблему). Поэтому можно помочь пациентам сохранить достигнутые изменения в поведении посредством создания поддерживающей социальной среды, предложить им посе-

щать такие группы, как АА (Анонимные алкоголики), или группы самопомощи, ориентированные на лечение (в США и англоговорящих странах RR — Rational Recovery). Пациент со временем снижает степень внешнего контроля, меньше полагается на других людей. Воздействует на более сложные ситуации, связанные с наркотическими веществами. Возможное медикаментозное лечение снижается или прекращается.

В терапевтическом плане доминирует несколько основных тем: влечение (*craving*), мотивация к изменению, обязательство относительно снижения и контроля употребления, обучение навыкам отказа от приема наркотических веществ, ассертивность и коммуникация, практика релаксации и выполнение физических упражнений, преодоление когнитивного избегания (казалось бы, незначительные решения), планирование, решение проблем, профилактика рецидивов, «скорая помощь», управление срывом и рецидивом.

А. Влечение. Проблема влечения относится к первичному этапу работы с пациентом, когда подробно рассматриваются все аспекты влечения, производится совместный поиск и описание возбудителей и стимулов, которые вызывают мысли о наркотическом веществе, а затем интенсивное желание употребить наркотик. В процессе работы пытаемся объяснить пациенту, что влечение считается совершенно нормальным и распространенным состоянием, и относится к процессу изменения. Влечение к употреблению наркотика нельзя рассматривать как сигнал срыва или причиной прекратить терапию. На примере классического обусловливания можно объяснить пациенту механизм возникновения влечения, и, таким образом, указать на его временный характер. Пациенту необходимо делать записи о возникновении влечения, к которым затем на сеансах повторно возвращаемся. Внедряем работу с влечением по следующим принципам: распознать, совладать и избежать приема наркотика. Совместно находим решение, как вести себя в ситуациях с возбудителями, как лучше распознавать сигналы, которые приводят к влечению, как их предсказывать. Принцип управления основан на методе отвлечения внимания, разговоре о влечении (например, с близкими людьми), напоминании о негативных последствиях употребления, использования внутреннего монолога (говорить с самим собой). Важно, как бы находиться в соответствии с влечением, не сопротивляться ему, не защищаться от него, пусть оно будет присутствовать. Оно, как морская волна, приходит, поднимается, и после достижения пика, снова постепенно исчезает.

Б. Определение целей. На следующем этапе лечения попытаемся установить цели, определить обязательства относительно контролируемого употребления, или полного воздержания (по отношению к текущему процессу терапии). Мы работаем с амбивалентностью пациента, учим его определять и управлять мыслями, связанными с наркотиками. Оцениваем готовность пациента к изменениям, текущее состояние употребления и на основании данной информации, продолжаем лечение. Устанавливаем преимущества и недостатки употребления. Эта фаза лечения может быть наиболее трудной для обеих сторон. По этой причине, лечение в большей степени направлено на когнитивный аспект использования. Пациенту следует записать те изменения, которых он хочет достичь в течение указанного периода, причины, почему он определил именно эти изменения, какие шаги он

для этого должен сделать, как ему могут помочь окружающие его люди, и, наконец, определить все, что может стать препятствием к реализации данного плана.

В. Социальные навыки. Частью лечения должна стать оценка доступности наркотических веществ в ближайшей области (идентификация ресурсов) пациента и лиц, с которыми он общается. Мы стремимся к изменению круга общения пациента (если на это есть причины). Необходимо прервать множество контактов, коренным образом изменить свои привычки и обычаи, иногда целесообразно поменять работу или место жительства. Мы учим пациента ассертивности, стратегиям отказа от наркотического вещества, быстро и твердо реагировать, удерживать свои позиции и отстаивать свое мнение перед потенциальными поставщиками наркотических веществ. При необходимости, можно тренировать ситуации посредством ролевой игры. В результате должна появиться способность пациента справиться со сложной ситуацией, когда ему предлагают принять наркотики: четко сказать нет, удерживать зрительный контакт, попросить данного человека, чтобы он перестал предлагать наркотики, настаивать на своем решении, устанавливать границы, не бояться закрыть за собой все двери, чтобы исключить риск употребления в будущем.

Г. Незначительные решения. Эта концепция — дальнейший когнитивный аспект лечения. Речь идет о решении, которое подлежит рационализации и преуменьшению рисков, которые из них вытекают и которые постепенно приводят пациента в ситуацию повышенного риска, когда существует реальная угроза употребления наркотиков, хотя пациенту кажется, что он в этой ситуации оказался случайно или непреднамеренно. Пациент учится нарушать цепь этих, на первый взгляд, не связанных между собой событий, и этим снизить риск воздействия опасной ситуации. Чем быстрее это произойдет, тем менее вероятным будет риск, влечение и доступность наркотиков. Это включает в себя принятие негативных, болезненных и неприятных эмоций и работу с когнитивными схемами. Мы обсудим с пациентом последний эпизод рецидива и на его основе сформируем концепцию, казалось бы, незначительных решений. Из примеров незначительных решений: употребление алкоголя, марихуаны или других наркотических веществ (которые не являются предметом зависимости), хранение наркотиков или алкоголя в домашних условиях, посещение вечеринок или общественных мероприятий, встречи с друзьями, которые употребляют данные вещества, отсутствие планирования свободного времени и вовсе программы деятельности, слишком много стресса, свободное время и выходные дни, которые приводят к скуке.

Д. Другие темы являются общими при КБТ, поэтому читателям следует ссылаться на общую часть. Важным должна стать помощь в решении проблем пациента, обучение релаксации, физической активации, планированию времени, какой-либо активности, а также планирование будущего. Необходимо заниматься работой, перспективами в партнерских отношениях и семье. Работая с пациентами, имеющими социальные проблемы в связи с их зависимостью, целесообразно полипрофессиональное сопровождение клиентов (case management), сотрудничество с другими специалистами и службами помощи пациентам, включая помощь в ресоциализации.

Е. В конце терапии, обсуждаются возможные кризисные ситуации, разрабатываем с пациентом подробный план, как справляться с рецидивом. Мы поговорим о непредвиденных событиях, предоставим нужную информацию и контакты для чрезвычайных ситуаций. На заключительном сеансе, повторяем то, что было освоено в процессе лечения, оцениваем прогресс и достижения в отношении поставленных целей. В случае необходимости предложим дополнительное лечение. Мы предоставим пациенту пространство для выражения своего мнения относительно проведенного лечения, а также отношения к терапевту. Напомним пациенту о том, какие стратегии и навыки, с нашей точки зрения, в его случае самые главные.

8.10.3.3. Терапевтические интервенции

В арсенал терапевтических интервенций КБТ включены методы, направленные на оказание влияния на физические симптомы (например, методы релаксации), поведение, когнитивные процессы и комплексные методы КБТ (обучение навыкам и т.д.).

А. Методы релаксации должны стать неотъемлемой частью лечения зависимости. Применяется прогрессивная релаксация Джекобсона, аутогенная тренировка, йога и мышечная релаксация с использованием биологической обратной связи (biofeedback). Более современными методами могут быть медитативные техники, называемые техниками осознанности (полное переживание, анг. mindfulness, на санскрите — vipassana). Это значит направить свое внимание в одном направлении, не оценивать и не занимать оценивающие позиции. Медитация состоит из трех компонентов: наблюдение, описание и участие. Оно сосредоточено на установлении спокойствия и стабильности. Свободно возникающие мысли не должны быть подавлены, игнорированы, анализированы, а их содержание также не должно оцениваться, за ними необходимо просто внимательно наблюдать. Все это приводит к более глубокому пониманию повседневных проблем и стресса, эмоций и мыслей, к видению вещей без интеллектуализации, искажения и цензуры.

Б. Бихевиоральные методы. Среди наиболее важных стандартных интервенций проводится работа с влечением: его подробное описание, понимание сформированного порочного круга, формирование контроля над влечением. Практику управления влечением необходимо повторять с пациентом много раз. Необходимо подробно разработать альтернативные шаги, пациент должен неоднократно пройти экспозицию влечения в воображении. Часть этого метода — постоянное определение ситуаций, в которых происходит усиление влечения, отображение и контроль возбудителей. Мы планируем альтернативные виды деятельности и время отдыха пациента, не забываем о постоянном самовознаграждении и самооценивании. Усиливаем и подкрепляем желаемое поведение по отношению к воздействию наркотического вещества.

Бихевиоральная практика самоконтроля и самообладания — метод необходимый для снижения уровня употребления. Она подходит для пациентов, которые поставили себе цель — неполное воздержания от алкоголя. Она состоит из специфических шагов: определение максимально допустимой концентрации алкоголя в крови, установлением определенного количества напитков в день, наблюдени-

ем за поведением, связанным с употреблением алкоголя, практикой ассертивности при отказе от его употребления, определением наград за достигнутые цели, поиске причин чрезмерного употребления алкогольных напитков. Метод делает акцент на самостоятельной работе дома, ролевых играх, на пациенте лежит ответственность за принятые в терапии решения.

В. Когнитивная терапия. Из когнитивных методов используются отвлечение внимания, когнитивная реструктуризация АНМ, работа с дисфункциональными схемами. Важная задача — составление порочного круга употребления, совместно с пациентом определяются и отображаются его негативные мысли, проводится анализ преимуществ и недостатков употребления, его последствий и наносимого вреда. Пациент работает с бланком, в котором отмечает все преимущества и недостатки употребления алкоголя и полного воздержания от него. Посредством сократического диалога определяем убеждения пациента, полемизируем, спрашиваем, что свидетельствует за и против этого, совместно с пациентом ищем альтернативные варианты его мыслей. Пациент ежедневно записывает автоматические мысли, связанные с наркотическим веществом. Сначала он учится делать записи на сеансах, позже это становится стандартной частью домашней работы.

Г. Комплексные программы КБТ. Классический арсенал КБТ включает практику управления стрессом, релаксацию, обучение ассертивности и коммуникативным навыкам (в семье, в партнерских отношениях, при отказе от наркотического вещества). Мы с пациентом работаем над решением его жизненных проблем, тренируем социальные навыки, которые применяем к конкретным ситуациям в жизни больного. Мы работаем с потенциальным рецидивом, совместно с пациентом создаем антикризисный план.

8.10.3.4. Проблемы, возникающие при лечении, и другое

КБТ предъявляет к терапевту относительно высокие требования. Рекомендуется, чтобы терапевт как можно более подробно ознакомился с проблематикой, социально-культурным контекстом употребления веществ, вызывающих зависимость, и научился внимательно выслушивать пациента. Не менее важным может стать сотрудничество и общение с коллегами из этой области и с другими людьми, которые принимают участие в лечении наркотической зависимости.

Что касается самой **терапии**, существует несколько важных факторов, влияющих на результаты лечения, — это лечение сопутствующей психопатологии (сопутствующие заболевания), внимание, которое уделяется терапевтическим отношениям, и способность конфронтировать. Необходимо работать структурированным и целенаправленным способом, быть образцом для подражания и разумно использовать когнитивные методы. Важно избежать «технократии», т.е. доминирования технических методов при КБТ. Помните — даже если лечение кажется неэффективным, пациент может воспользоваться тем, чему он научится в будущем. Не сдаваться! Вот основной принцип при работе с зависимым пациентом.

Методы лечения зависимости при КБТ не предполагают чрезмерного влияния терапевта, конфронтационного и психологического стиля (конфронтация пациента с его отрицанием), посещения групп самопомощи во время лечения, слишком детального изучения межличностных аспектов зависимости, использования

обозначений и медицинского сленга, анализа бессознательных или скрытых конфликтов и мотивов.

Подводный камень терапии — зависимые пациенты, имеющие множество социальных проблем. Терапевт знает, что без решения вопроса зависимости, другие проблемы не получится решить удовлетворительно. Иногда может быть проблематичным сосредоточиться на этой одной основной трудности. Бывает сложно найти баланс между необходимостью работы с зависимостью и решением актуальных потребностей пациента. Рекомендуется договориться с пациентом, что именно будет основным предметом его лечения, каковы будут приоритеты, и подчеркнуть связь между соответствующими сложностями и зависимостью от наркотических веществ. Также помогает структурирование сеанса терапии, выделение времени (1/3 сеанса) для решения проблем и обсуждения опасений пациента. Недостаток разделения — переход между отдельными частями, который может быть разрушительным и требовать наличие ассертивных навыков от терапевта.

Возможно возникновение сложностей при недостатке мотивации или отрицании пациентом своей проблемы. При КБТ, если это не характерная чертой больного, чаще речь идет о разном определении проблемы пациентом и терапевтом. Поэтому лучше определить проблему в качестве «недостаточной эффективности терапии или недостаточного прогресса», прежде чем возложить вину на пациента. При работе с пациентами важно помнить несколько моментов: терапевтический контракт, регулярную оценку эффективности, переоценку целей терапии (необходимо активно задавать пациенту различные вопросы). Целесообразно открыто и объективно обсуждать с пациентом терапевтические цели.

Срывы и рецидивы являются скорее правилом, чем исключением при лечении наркотической зависимости. К сожалению, рецидив негативно воспринимается как пациентом, который может испытывать чувство стыда, неудачи, депрессии, так и терапевтом, который воспринимает этот факт, как сбой процесса лечения, или как свою собственную неспособность и вину. В этом случае важно различать сбой и рецидив. Сбой представляет собой событие или ситуацию, в которой пациент может исправить свое поведение и контролировать себя. Рецидив — возвращение к предыдущему состоянию с чувством потери контроля. Терапевт должен подчеркнуть различие, подчеркивая тот факт, что сбой не обязательно значит рецидив (повторение) заболевания. При КБТ пациент должен использовать срыв в свою же пользу, для подкрепления трезвости. Мысль о том, что можно справиться с этим эпизодом, должна стать для пациента весьма обнадеживающей. Осознание того, что он может вернуться к терапии, и что еще не все потеряно, сильно помогает пациенту. Частью работы со сбоем / рецидивом должна стать разработка кризисного плана.

8.10.4. КБТ и психофармакотерапия

Лечение зависимостей считается одной из самых сложных проблем. Не существует какого-либо одного эффективного метода терапии для конкретной зависимости от наркотического вещества. Необходимо использовать наиболее подходящий метод лечения, который имеется в распоряжении для конкретного пациента с конкретной проблемой, учитывая тип вещества, степень расстройства, степень

тяжести зависимости, индивидуальные особенности. Реалистичные ожидания после применения любого вида лечения должны предполагать следующее: снижение потребления психоактивных веществ, более длительные периоды трезвости (между отдельными рецидивами), более слабые симптомы психических расстройств, улучшение здоровья, продолжение или поиск работы, улучшение в семейных и межличностных отношениях и снижение уголовной деятельности. Не предоставление доступного метода лечения может быть вариантом наказания больных, страдающих зависимостью.

Лекарства от зависимости не существует, так же, как не существует и единственной гарантированной эффективной психотерапии. Фармакологическое лечение без психотерапии считается недостаточным для достижения и поддержания трезвости у зависимых людей. Этот вид лечения специфичен и имеет относительно узкий спектр применения. Возможно лечить абстинентный синдром или передозировку, помогать бороться с влечением и тягой к принятию наркотического вещества, и таким образом вносить свой вклад в удержание пациента в процессе лечения, либо давать ему надежду на излечение. Создается пространство для помощи лицам, зависимым от наркотиков, появляется шанс оказать им первую помощь посредством кризисной интервенции. Снижает вред от потребления как такового (harm reduction). Фармакологическое лечение эффективно при лечении других присутствующих психических расстройств (см. коморбидность). Некоторым из пациентов фармакологическое лечение может значительно помочь, для других оно неэффективно в процессе преодоления зависимости.

В случае **опиатной зависимости** используются, в основном, метадон, бупренорфин, клонидин, налоксон и налтрексон. Первые 2 препарата применяются при заместительной и поддерживающей терапии, следующие — в разных режимах детоксикации больного. Они подавляют симптомы абстиненции и желание употребить наркотическое вещество. В дополнение к данным препаратам часто используются бензодиазепины (анксиолитики и седативные средства), либо анальгетики.

Для лечения **кокаиновой зависимости** нет ни одного препарата, который имел бы доказанную эффективность конкретно в подавлении желания или лечении абстинентного синдрома. Стоит отметить, что наиболее изученный препарат при данной патологии — антидепрессант дезипрамин, и психотерапия считается наиболее подходящей. КБТ в этом случае представляется особенно эффективной. Проблема заключается в высокой гетерогенности (разнообразии) населения, зависимых от кокаина.

Для лечения **никотиновой зависимости** применяются препараты (США), чья эффективность была доказана исследованиями. Это антидепрессанты бупропион и нортриптилин, препарат клонидин и замена никотина посредством никотиновых пластырей, спреев, жевательных резинок в различных режимах использования или в комбинации с антидепрессантами. Была доказана эффективность бихевиоральной терапии, на практике используется комбинация фармацевтических препаратов и психотерапии, либо фармакотерапия и консультирование, некоторых устраивает форма пособий по самопомощи.

Лечение **алкогольной зависимости,** возможно, самое сложное. При лечении абстинентного синдрома вводятся бензодиазепины, для поддержания трезвости — дисульфирам в качестве аверсивного вещества. Используются и противосудорожные препараты (карбамазепин, вальпроат), для подавления тяги — налтрексон и акампросат. На следующем этапе терапии, фармакотерапия рассматривается лишь, как дополнительная, поддерживающая (например, частая комбинация аверсивных препаратов и психотерапии) и профилактическая (рецидив). Не следует забывать о лечении сопутствующих психических расстройств, при которых используются антидепрессанты и нейролептики.

Медикаментозное лечение имеет различные специфические моменты, риски, побочные эффекты, доказанную эффективность, либо ее отсутствие. Часто применяется в сочетании с определенным психотерапевтическим вмешательством.

8.10.5. Проект рекомендаций к лечению

До настоящего времени были созданы десятки программ и методов лечения, которые стремились, в соответствии со своей теоретической основой, повлиять на злоупотребление психоактивных веществ с различной степенью энтузиазма и амбиций. Тем не менее, можно сказать, что некоторые из них, на основании практики и исследований, оказались лучше, чем другие при лечении конкретных расстройств в случае конкретно взятого пациента. Исходя из этого возникла мысль найти для пациента с конкретным типом зависимости наиболее подходящий вид терапии (в англо-саксонской литературе — так называемый matching).

Matching рассматривался в целом ряде исследований с целью поиска возможностей по улучшению результатов лечения наркомании. Наиболее важным считается проект MATCH (1998), многоцентровое исследование, проведенное в США под покровительством NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), которое касалось оценки взаимодействия с пациентом, зависимым от алкоголя, и оказываемой ему помощи. Целью исследования было определить, можно ли улучшить результаты лечения (и сотрудничество пациента) таким образом, чтобы для конкретного пациента был выбран соответствующий вид терапии. Сравнивалась КБТ, терапия укрепления мотивации и программа 12 шагов. Исследование было успешным, результат показал большой процент пациентов, которые хорошо сотрудничали с терапевтом. Оно подчеркнуло важность участия и подготовленности терапевта, первого контакта с пациентом и создание доверительной атмосферы при развитии отношений. Было установлено, что целесообразно привлекать в терапевтический процесс лиц из близкого окружения пациента, рассматривать возможную коморбидность, постоянно работать с мотивацией, обеспечивать обратную связь, акцентировать внимание на «приверженности» (ориг. adherence) пациента к лечению. С точки зрения методов, важным оказалось повторение и практика, структурирование программы и переоценка целей в процессе лечения. Эти переменные имеют большое значение при КБТ. В данном исследовании КБТ оказалась наиболее подходящим методом для лечения проблем с употреблением алкоголя (не достигших степени зависимости), курением и пристрастием к кокаину. При семейной терапии зависимостей очень важно определить, каким спосо-

бом и кого из семьи зависимого пациента привлечь к участию в лечении, и какую соответствующую интервенцию выбрать.

В качестве важных характеристик лечения рассматривается форма (госпитализация, сообщество, группа, амбулаторное лечение и т.д.), продолжительность, характер предоставляемых интервенций и взаимосвязь с фармакологическими методами. Как и при КБТ, также используются методы группового подкрепления (в ориг. community reinforcement approach, Azrin, 1976), терапия повышения мотивации (motivational enhancement therapy, Miller и Rollnick, 1992), профилактика рецидивов (Marlatt и Gordon, 1985). Бихевиоральный метод, так называемый, contingency management (управление условными и кризисными ситуациями посредством положительного и отрицательного подкрепления поведения). Кроме того, находим элементы КБТ и при использовании других методов — они должны стать частью эклектичного подхода при психотерапии; в Чешской республике применяется, например, подход при лечении наркомании — Nešpora.

Другим распространенным методом лечения зависимости может стать классическая программа 12 шагов (то есть, упрощенная программа 12 шагов.), группы самопомощи — АА (Анонимные алкоголики I, Alcoholics Anonymous), NA (Анонимные наркоманы, Narcotics Anonymous) и другие, разработанные в США, семейная терапия (также использующая элементы КБТ), биологическая обратная связь (biofeedback), различные медитативные техники, особенно, так называемые, mindfulness (с анг. mindfulness — полное сознание), harm reduction (уменьшение ущерба, облегчение последствий, снижение рисков).

Подход 12 шагов — 12-шаговая теория возникновения и поддержания зависимого поведения, относительно длительный период времени преобладающая неформальная модель понимания алкогольной зависимости. Основывается на принципах общества Анонимных алкоголиков, общественного движения или сообщества, действующего с целью помощи людям, которые злоупотребляют алкоголем и наркотиками (для знакомства с общими принципами 12-шаговой программы можно посмотреть публикацию «Лечение наркомании» автора F. Rotgers издательства Grada). Цель этого метода — достижение трезвости. Опыт показал, что программа 12 шагов, или движение АА / NA эффективно помогают в случаях тяжелой наркотической зависимости. Было установлено, что проблема употребления веществ, вызывающих зависимость, представляет собой континуум: начиная от легкой стадии употребления, которая более или менее находится под контролем, проходя через стадию проблемного употребления алкоголя, доходит до тяжелой зависимости. Кроме того, людей, которые имеют различную степень контроля над употреблением алкоголя и которые не отвечают критериям зависимости, гораздо больше, чем алкоголиков с полномасштабным синдромом зависимости. Различия между АА и методом КБТ будут указаны на примере алкогольной зависимости. КБТ рассматривает употребление алкоголя в качестве усвоенного поведения, воспринимает употребляющего человека в качестве индивида, который может изменить или контролировать это поведение (трезвость рассматривается как демонстрация самоконтроля). В отличие от этого, точка зрения АА на контроль употребления алкоголя предполагает, что человек не имеет силы воли следить за своим употреблением, в этом плане он совершенно беспомощен. В ка-

честве первого шага к успеху требуется признать эту неспособность, сдаться и взять на себя роль побежденного. Поэтому, необходимое условие для этого концепта — пожизненная трезвость. Первоначальная идея (первые идеи АА датируются 30-ми годами прошлого века) объясняла употребление алкоголя как своего рода аллергию, а повторные возвращения к выпивке — как одержимость мыслью (обсессии). Зависимый человек рассматривался как жертва биологических аномалий, и поэтому не может за свое употребление нести никакой ответственности. В концепции АА важную роль играет и философско-религиозный контекст. Подход КБТ к контролю употребления алкоголя возник из научных теорий, которые были проверены посредством исследовательских методов на зависимых людях. КБТ настаивает на гибкости целей (в то время как АА требуют обязательного соблюдения трезвости), с другой стороны, оба подхода ищут альтернативные варианты употребления и мотивируют человека к лечению. Основное различие между ними, однако, состоит в том, каким способом это происходит. Программы 12-шагов в настоящее время широко распространены и популярны, тем не менее, можно констатировать растущий успех КБТ при лечении алкогольной зависимости.

«Снижение вреда» также представляет собой альтернативный вариант, помимо традиционного, основанного на подходе полного воздержания от потребления. Иногда, наряду с терапией профилактики рецидивов, его можно отнести к методу КБТ. Этот метод основан на транстеоретической модели заболевания Прохазки и ДиКлементо (1982, 1992), в соответствии с которой, необходимо учитывать, на какой стадии заболевания пытаемся терапевтически действовать (стадия отрицания проблемы, стадия предварительных размышлений, стадия принятия решений, изменения в поведении, поддержание изменений или рецидив первоначального поведения). Данный метод — довольно широко распространен и хорошо известен. Он направлен на то, чтобы помочь пациенту «сразу, здесь и сейчас» улучшить его общее функционирование. Этот метод — прагматичный и гибкий. Этот подход рассматривает малоадаптивное поведение как континуум вредных последствий и стремится направлять пациентов в сторону снижения этих эффектов и рисков. Он использует обучение навыкам, предпочитает работать с пациентами на равноценном уровне и поддерживать их мотивацию. Также работает с методами профилактики рецидивов и использует методы терапии путем подкрепления мотивации.

Типичные компоненты **терапии группового подкрепления** (англ. community reinforcement approach) — функциональный анализ употребления веществ, вызывающих зависимость, социальное и трудовое консультирование, практика отказа от употребления наркотиков, обучение релаксации и бихевиоральным навыкам. Частью терапии может быть предоставление талонов за присутствие при лечении или образцы мочи, без содержания в ней наркотических веществ. Пациенты впоследствии смогут обменять талоны на вещи, которые связаны с образом жизни без наркотиков. Важная часть, так называемый, contingency management, использует технику положительного и отрицательного подкрепления и, таким образом, влияет на возникновение конкретного поведения (употребление алкоголя или наркотиков). Эта программа также разработана для родственников пациента и близких ему людей, которые учатся, как достичь изменений в поведении

члена своей семьи, страдающего зависимостью. Она высокоэффективна в случае проблемного употребления алкоголя. Программа включает в себя вводную часть, создание функционирующих терапевтических отношений, мотивационное обучение, практику преодоления опасных ситуаций, поиск альтернативных вариантов по отношению к употреблению наркотического вещества, пропагандирование и поддержание трезвого состояния, работает с негативными последствиями, помогает в вопросах занятости и рекреационной деятельности. В случае варианта программы для членов семьи пациента, родственников и окружающих его людей, терапия ставит своей целью научить их, как пропагандировать и демонстрировать зависимому индивиду трезвость, как свести к минимуму риск насилия (особенно в семьях), снизить уровень стресса, который создает зависимый член семьи. Данная программа отличается от КБТ коллективной структурой.

Лечение путем укрепления мотивации (мотивационное консультирование) ориентировано на пациента, имеет консультационный характер и помогает в преодолении амбивалентности в намерении начать лечение или изменить поведение. Терапевт стремится изменить поведение пациента путем пробуждения его собственной мотивации. Основывается на принципах мотивационной психологии, пытается быстро мобилизовать внутренние ресурсы пациента. При данном лечении больные не проводят практику и тренировку. Терапевт пытается искать личные ресурсы у каждого пациента и всеми способами мотивировать его на изменение. С этой точки зрения КБТ и терапия путем подкрепления мотивации могут быть комплементарными, используемыми на различных стадиях работы с пациентом.

Профилактика рецидивов (Marlatt и Gordon) — программа самопомощи с элементами КБТ, которая была первоначально разработана для лечения людей, чрезмерно употребляющих алкоголь, и для потребителей кокаина. Данная программа направлена на поддержание и сохранение изменений и прогресса, достигнутых при предыдущем лечении алкогольной и наркотической зависимости. Она состоит из двух основных компонентов: предотвращение рецидива, чтобы пациент избегал и прогнозировал срыв и освоение возникшего рецидива, чтобы пациент был в состоянии свести к минимуму вредные последствия. Терапия стимулирует пациентов сохранять достижения, адаптироваться к новой ситуации и снова пытаться с ней справиться (рецидив). При этом пациентам помогает понимание рецидива в качестве следующего этапа процесса лечения, управления своим влечением. Терапевт поддерживает пациентов в продолжение лечения, вместе с ними пытается найти более сбалансированный образ жизни. Он развивает у пациентов способность самоконтроля и самонаблюдения по отношению к потенциальному срыву, учит их избегать высокорискованных ситуаций, которые представляют для пациентов серьезную угрозу, и заранее подготавливает их к возможному срыву.

8.10.6. Пример

Здесь приводится отрывок из публикации знаменитого американского терапевта Барбары МэкГрэйди, которая в основном занимается лечением пациентов, страдающих зависимостью от употребления алкоголя в разной степени. На при-

мере лечения супружеской пары, где у одного из партнеров присутствует зависимость от алкоголя, проиллюстрирован терапевтический подход и методы, описаны многочисленные факторы, которые терапевт должен принимать во внимание, чтобы терапия подходила специально для данного пациента, учитывала изменения и развитие, которое происходит во время лечения. Таким образом, в описанном случае косвенно продемонстрированы навыки терапевта с учетом возложенных на него требований.

Карл и Мария — привлекательная супружеская пара, им обоим по 32 года. Они обратились за лечением из-за пристрастия Карла к алкоголю. Их брак длился 5 лет. У них двое сыновей, в возрасте 2 и 3 лет. Мария родом из Италии, в ее семейном анамнезе не происходило ничего особенного. Она работает парикмахером, Карл плотником, и уже некоторое время супруги живут отдельно. Оба имеют среднее образование, и в настоящее время у обоих — проблемы с работой. Мария старалась подрабатывать, а Карл брал деньги в долг. За лечением супруги обратились по настоянию Марии, которая обозначила пристрастие Карла к употреблению алкоголя в качестве основной причины их семейного отчуждения.

Терапевт начала с клинического обследования, оценки и описания проблем Карла, связанных с употреблением алкоголя, и исследования супружеских отношений. Она провела клинический разговор, структурированный опрос с использованием анкет, измерила у Карла уровень алкоголя в крови. Оказалось, что Карл пил алкоголь в течение последних 6 месяцев практически каждый день. Предпочитал пиво и водку. Употребление Карлом алкоголя соответствовало критериям DSM для алкогольной зависимости. Карл начал употреблять алкоголь со времен окончания учебы в средней школе. Из-за своего пристрастия, у него были в прошлом проблемы с законом. Он начинал пить уже с утра и продолжал на протяжении всего дня. Он чувствовал приступы паники при мысли, что не сможет употребить алкоголь. У Карла присутствовали признаки физического абстинентного синдрома. Оба супруга заполнили самооценивающие анкеты. Они попытались определить возбудители употребления, согласились с тем, что факторы окружающей среды, чувство усталости и утомления, а также качество их брака, в наибольшей степени, повлияли на развитие зависимости. Карлу было поручено ежедневно следить за своим побуждением выпить и записывать количество напитков. Было установлено, что Карл ощущал желание выпить, когда Мария давила на него, делала ему какое-либо замечание, хотела от него, чтобы он был ответственным или проводил больше времени с ней и с детьми. В это время он чувствовал желание пойти и выпить. Марию попросили записывать свою реакцию при употреблении мужем алкоголя, а также свои чувства удовлетворенности браком. Мария показывала разный тип поведения, связанный с употреблением алкоголя мужем. Она часто спрашивала Карла, где он был и что делал, искренне умоляла его бросить пить, угрожала ему, отказывалась спать с ним, звонила в полицию. В то же время, она всячески пыталась поддерживать попытки Карла воздержаться от приема алкоголя.

В дополнение к указанному обследованию по причине зависимости Карла, терапевт акцентировала внимание на его семейных отношениях. Мария была сильно озабочена их семейной ситуацией, указывала на отказ Карла работать, на его безответственность, она считала, что он ненадежный человек, и не ощущала эмоциональной поддержки с его стороны. В качестве еще одной проблемы Мария упомянула о матери Карла, потому что он зависел от нее. С другой стороны, Карл не мог терпеть упрямство Марии, но в целом, у него была гораздо меньшая озабоченность их семейными отношениями. Терапевт установила, что у этой семейной пары иногда возникают проблемы при общении. Они не слушали друг друга, обменивались саркастическими замечаниями и намеками. Тем не менее, у них были общие увлечения, они хорошо чувствовали себя друг с другом и имели качественную сексуальную жизнь. Мария подытожила сказанное словами: «Мы хорошо ладим, но только тогда, когда мне ничего не нужно».

Казалось, что употребление алкоголя развилось у Карла в социальном контексте. Алкоголь приносил ему положительные последствия: он любил чувство расслабления, вкус алкоголя и социальный контекст после выпивки с друзьями. С его точки зрения, негативные последствия не существовали, они были вызваны другими людьми, например, полицией или его женой. Когда у него возникали проблемы, Карл обращался к своей матери, занимал у нее деньги, отказывался взять на себя ответственность за свои действия и жизнь в целом. Он хотел продолжать существующий образ жизни, который его устраивал с 20 лет, и избегал каких-либо изменений. В то же время, он очень любил свою семью, жену и детей, и поэтому решил попробовать пройти лечение. Отношения Марии и Карла характеризовались отсутствием эмпатии в общении, уклонением от ответственности, у супругов не хватало вербальных навыков для открытых разговоров о возникших проблемах.

На следующем сеансе терапевт предложила семейной паре план лечения. Она видела проблему в том, что употребление алкоголя тесно связано с их отношениями, они оба демонстрировали определенные модели поведения, которые нуждались в положительном изменении. Лечение было направлено на 3 основные области: употребление алкоголя Карлом, улучшение его навыков общения и нормализация отношений. Осознавая основную задачу лечения, Карл предпочел снизить употребление алкоголя. От варианта детоксикации в больнице с целью достижения трезвости он резко отказывался. Терапевту было известно, что если она в качестве первого условия предложит госпитализацию, Карл не будет продолжать лечение. Поэтому, она предложила план лечения и основные условия. От Карла она потребовала, чтобы он приходил на сеанс в трезвом состоянии, которое будет проверяться с помощью анализатора дыхания, будут установлены цели постепенного сокращения употребления алкоголя с даты начала трезвости, в течение 6 недель. Если Карл эти условия не выполнит, они все вместе рассмотрят вариант о краткосрочном амбулаторном лечении. Супруги согласились с данным условием.

Процесс лечения включал в себя несколько процедур: методы для постепенного ограничения употребления алкоголя, методы, подкрепляющие его восприя-

тие относительно употребления в качестве проблемного поведения, методы для развития более конструктивных стратегий Марии, методы, с помощью которых можно будет привлечь супружескую пару к положительным интеракциям и, наконец, решение семейных проблем. Лечение проводилось приблизительно в течение 18 сеансов.

На начальном клиническом обследовании, так же, как и на первом сеансе с терапевтом, у Карла был установлен повышенный алкоголь в крови. Терапевт предложила установить терапевтический предел алкоголя в крови, с которым Карл согласился. Оба супруга получили тетради для записей. Карл должен был ежедневно записывать степень желания выпить алкоголь, каждое его употребление и ситуации, в которых это происходит. Мария должна была на шкале оценивать потребление алкоголя Карлом, а также свою оценку его желания выпить. Как уже упоминалось, Мария также оценивала свою семейную ситуацию по шкале 0-7. На следующем сеансе Карл вновь нарушил соглашение о допустимом уровне алкоголя в крови, но обещал, что задумается о стационарном лечении. Он не выполнял необходимые записи и снова отказался пройти детоксикацию. На третий сеанс Карл пришел с нулевым уровнем алкоголя в крови. Было восстановлено первоначальное соглашение о воздержании, терапевт представила супругам аналитическую интерпретацию употребления алкоголя. Они обсудили его текущее состояние, ситуации и возбудители, которые ведут к выпивке. Вместе они работали над выявлением случаев повышенного риска, в которых существует вероятность того, что произойдет употребление. Карл был все еще убежден, что сможет отказаться от алкоголя сразу, как только этого захочет. На четвертый сеанс Карл снова пришел трезвый, однако, он сообщил о тяжелых выходных, в течение которых он много пил. Он реагировал негативно, когда терапевт указала на тот факт, что он совсем не старается отказаться от алкоголя между сеансами. Затем они все вместе обсудили предложения по ограничению употребления (возвращение на работу, сон, альтернативные варианты напитков дома). Карл реагировал неохотно и заявил, что если у него была бы другая жена, он не был бы вынужден бросать пить. Учитывая эту амбивалентность, терапевт решила обсудить и другие негативные последствия употребления алкоголя в дополнение к недовольству его жены. Она составила список всех негативных последствий употребления алкоголя, которые были упомянуты в ходе предшествующей терапии, и попросила супругов, чтобы они ежедневно просматривали список и размышляли над ним. На данном этапе лечения у терапевта уже присутствовали сомнения по поводу мотивации Карла, и она стала рассматривать другие варианты решения проблемы. Она предполагала, что, когда у Карла получится определить скрытые возбудители своего употребления и избежать приема алкоголя, по крайней мере, в некоторых из этих ситуаций, то его мотивация будет расти. Форма для записи содержала пункт о возбудителях, мыслях и эмоциях, которые он при этом испытывал, какова была реакция, положительные и отрицательные последствия принятых решений (отображение АНМ и установление их связи с возбудителями в конкретной ситуации). На следующем сеансе Карл сооб-

щил терапевту о том, что он выпивал, что жизнь без алкоголя он считает никчемной, и согласился на детоксикацию.

Карл не прибыл в учреждение, где ему должны были провести детоксикацию, но по-прежнему выражал готовность проходить лечение. В рамках 6-го сеанса был завершен бихевиоральный анализ и выявлены те аспекты поведения Марии, которые создавали предпосылки для употребления Карлом алкоголя. Оказалось, что Мария была очень разочарована своим мужем и часто пыталась его ударить или поцарапать (Карл показывал царапины на руках). Она осознала, что иногда применяла физические наказания и к своим детям. Гнев и разочарование — это обычное явление у партнеров, когда кто-либо из них пристрастится к алкоголю. Превышение допустимых пределов не происходило, тем не менее, Мария начала тщательно записывать свое поведение по отношению к детям. Следующий сеанс был успешно проведен с участием Карла, который находился в трезвом состоянии, и которому удалось сократить употребление алкоголя. Супруги стали проводить больше времени вместе. Терапевт работала с Марией над альтернативным подходом воспитания детей, если она не будет справляться с ситуацией, а с Карлом пыталась минимизировать значение алкоголя в конкретных случаях. Было выбрано следующее мероприятие (рыбалка, где часто происходило употребление алкоголя) в качестве примера, для того, чтобы научиться проводить собственный контроль. Карл самостоятельно составил другой план, как пойти куда-либо с другом и отказаться от употребления алкоголя. На этом этапе лечения было необходимо, чтобы Карл каким-либо образом почувствовал положительные эффекты трезвости. Супруги договорились о том, что Мария воздержится от любых негативных замечаний в адрес Карла, как они будут вместе проводить время, и что Мария будет говорить ему в этих приятных моментах. При проведении 9-го сеанса, Карл еще не воздерживался от употребления, но его отчетов о желании выпить становилось все меньше. Мария указывала относительно высокий уровень семейного удовлетворения. Тем не менее, на терапевтических сеансах супруги стали все чаще ссориться. Их конфликты были связанны с желанием Марии переехать жить в другое место и ее чувств, что она больше не в состоянии продолжать эмоционально поддерживать Карла. По этой причине терапия была сосредоточена на улучшении коммуникативных навыков между супругами. Несмотря на несомненный прогресс, было ясно, что Карл продолжает употреблять алкоголь, хотя и меньше, чем раньше. Он согласился попробовать не выпивать 2 дня в неделю и каждый раз при желании выпить, поговорить об этом с Марией, хотя она его за это раньше только упрекала. Карл, однако, находился уже в другом положении: он опасался употребления алкоголя, ему была нужна помощь, и помощь Марии была желанной и предварительно договоренной. Мария согласилась попробовать воздерживаться от любых упреков в адрес Карла. Во время сеанса они отрепетировали конкретную форму преодоления Карлом побуждения употребить алкоголь.

Между тем, Карлу предложили новую работу как раз там, куда хотела переехать Мария. Супруги решили, что совместно никуда не будут переезжать,

пока Карл не перестанет пить. Они договорились совершить поездку и провести время вместе. Карл не говорил с Марией о своем желании выпить, и не смог соблюсти дни воздержания. Тем не менее, из поездки они оба вернулись очень довольными. Во время их отсутствия терапевт оценила текущий процесс лечения, который показал несоответствия и противоречия в поведении Карла — он достиг лишь небольшого прогресса в изменении своего поведения — более частыми были его обещания и вербальная прокламация. Поэтому терапевт решила ознакомить Карла со своими выводами. Она указала на позитивные достижения и успех текущего лечения, затем прочитала свои примечания, подчеркнула невыполненные обещания, напомнила о согласованных сроках и обязательствах. Терапевт предложила 2 альтернативных объяснения: Карл не хочет бросить пить, но чувствует необходимость воздержания от алкоголя, чтобы Мария смогла быть счастливой, или же он действительно не может бросить пить и нуждается в помощи. Она также отметила тот факт, что даже несмотря на то, что Карл продолжал употреблять алкоголь, Мария была в значительной степени удовлетворена семейными отношениями, и таким образом небольшое снижение употребления, вероятно, было для нее приемлемым. Оба супруга отреагировали довольно импульсивно, причем Карл утверждал, что его цель в действительности состоит в том, чтобы бросить пить полностью и навсегда. Лечение продолжалось с помощью тренировок навыков отказа от алкоголя, с использованием альтернативных способов поведения в тех ситуациях, которые приводят к употреблению алкоголя, и с применением методов для управления своим влечением и желанием выпить, смысл которых Карл раньше недооценивал. Внимание Карла было сосредоточено на когнитивном аспекте проблемы: что себе сказать, когда появится желание выпить, напоминать себе о важности других вещей, он использовал тактику откладывания моментального желания выпить. Пара начала обсуждать свои общие долгосрочные цели, они написали сценарий, как должна выглядеть их жизнь через 5 лет. Терапевт попросила супругов прочитать эти записи вслух. Они были приятно удивлены, что их планы и представления совпадают, что их обоих очень подбодрило. Терапевт начала работать с парой по вопросу ассертивности, решению проблем и применению этих навыков в личных отношениях и межличностных ситуациях. С этого момента и до конца лечения Карл не употреблял алкоголь, минимальное желание выпить постепенно полностью исчезло. Однако самого процесса выпивки ему очень не хватало, он чувствовал себя грустным, разочарованным, а также у Карла возникло такое ощущение, как будто он потерял в своей жизни что-то очень важное. Терапевт попыталась изменить его мысли и чувства. Она указала на положительное значение больших достижений по отношению к его способности осознать свою жизнь без алкогольных напитков. Несмотря на воздержание Карла, спокойствие в его семейных отношениях постепенно уменьшалось, о чем они с Марией подолгу разговаривали на сеансах.

Терапия была прекращена после 18 сеансов, вследствие внешних причин (из-за учебы). Результатом было то, что Карл целый месяц воздерживался от

употребления алкоголя, Мария научилась лучше воспитывать своих детей, супружеские отношения значительно улучшились. Супруги были удовлетворены результатом лечения, но терапевт знала, что они недостаточно поработали над чувством ответственности Карла, что он не получил больше необходимых навыков, чтобы справиться с возможным побуждением. Паре было рекомендовано продолжить лечение в рамках группы самопомощи (AA, RR).

Терапевт считала критическим момент противоборства супругов с продолжающимся употреблением алкоголя со стороны Карла. В данной ситуации помогла настойчивость и высокая мотивация Марии, что она помирится с Карлом и переедет к нему только при условии, что он бросит пить. В то же время терапевт пыталась подкрепить уверенность Марии в способности позаботиться о себе самой. Наконец, терапевт полюбила эту семейную пару, и, насколько ей стало известно, с их стороны тоже возникла глубокая симпатия.

Проблемы, рассмотренные в данном примере — обычны и типичны, например: приход пациента на сеанс в пьяном состоянии, употребление алкоголя во время лечения, амбивалентность по отношению к каким-либо изменениям, нежелание выполнять поставленные задачи, появление новых фактов и проблем в процессе лечения. От опыта и навыков терапевта зависит, как он будет улаживать данные проблемы и, таким образом, удержит пациента в терапевтическом процессе.

Литература

Budney A., Higgins S. A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1998.

Caroll K.M. A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1998.

Caroll K.M. Improving compliance with alcohol treatment. Bethesda: NIAAA, 1997.

Csémy L., Brožová J. Zdravotní důsledky užívání drog.//Kříž et al. (eds.) Jak jsme na tom se zdravím. Praha: Státní zdravotní ústav, 2005.

Fuller R. Alcoholism treatment in the United States: An Overview. Alcohol Research and Health, 1999, č. 23.

Hales R.E., Yudofsky S.C., Talbott J.A. Textbook of psychiatry. 3rd edition. Washington: American Psychiatric Press, 1999.

Hoschl C., Libiger J., Švestka J. Psychiatrie. Praha: Tigis, 2002.

Kaplan H., Sadock V. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition. Baltimore: Lippincott, Williams&Wilkins, 2000.

Krasnegor N. Behavioral Analysis and Treatment of Substance Abuse. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1979.

Liese B.S., Franz R.A. Cognitive therapy of substance abuse.//Salkovskis P.M. (ed.) Frontiers of Cognitive Therapy. NY: Guilford Press, 1996.

Marlatt G.A. Harm reduction in the treatment of addictive behaviors. Seattle: University of Washington, 2001.

McGrady B. Alcoholism. In: Clinical Handbook of Psychological Disorders. NY: Guilford Press, 1993.

Meyers R.J. Community reinforcement training with concerned others.// Van Hasselt V., Hersen M. (eds.) Sourcebook of Psychological Treatment Manuals for Adult Disorders. NY: Plenum Press, 1996.

Možný P., Praško J. Kognitivně-behaviorální terapie. Praha: Triton, 1999.

Nešpor K., Csémy L. Bažení. Praha, 1999.

Nešpor K. Jak překonat problémy s alkoholem. Praha, 1999.

Praško J., Kosová J. Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Praha: Triton, 1998.
Rotgers F. et al. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada, 1999.
Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf, 1996.
Sobell M., Sobell L. Control as a pathway to recovery from alcohol problems.//Salkovskis P. (ed.) Trends in Cognitive and Behavioural Therapies. NY: Wiley, 1996.
Sovinová H., Csémy L. Kouření cigaret a pití alkoholu v České Republice. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004.
Stahl S.M. Psychopharmacology of reward and drugs of abuse. // Essential Psychopharmacology. Cambridge University Press, 2002.

8.11. КБТ сексуальной дисфункции

Ян Збытовски

8.11.1. Основные сведения о сексуальной дисфункции

Определения сексуальной дисфункции могут отличаться в некоторых деталях, но в основном речь идет о дисфункции, которая не вызвана органическим расстройством или заболеванием (52 F). При наличии данного расстройства отсутствует сексуальное желание, или не хватает способности осуществлять половой акт, достигать удовлетворения, несмотря на то, что у человека присутствуют основные физические и физиологические предпосылки, и сексуальная ориентация данного индивида традиционная.

От этих дисфункций необходимо отделить как органически обусловленные сексуальные дисфункции, которые могут быть вызваны нарушением в соматической комплекции или вторичными изменениями (болезнью, травмой), так и сексуальные девиации (парафилия), заключающиеся в нетрадиционной сексуальной ориентации или предпочтении.

В литературе можно найти подходы, подчеркивающие как функциональные или психогенные факторы развития сексуальной дисфункции, так и биологические этиологические факторы. Чаще всего этому содействует концепция многофакторной этиологии данных расстройств.

В соответствии с 10 обзором Международной классификации болезней (МКБ 10, 1992 г.) сексуальные дисфункции не вызваны органическим расстройством или заболеванием (F52):

1. Расстройство влечения;
2. Нарушение способности осуществления полового акта — расстройство эректильной дисфункции;
3. Дисфункции оргазма;

По данным Американской DSM-IV (1994), различаются следующие категории сексуальной дисфункции:

1. Расстройство сексуального желания;
2. Расстройство сексуального возбуждения;
3. Расстройство достижения оргазма;

4. Сексуальная дисфункция вследствие болезненного сексуального опыта;
5. Сексуальная дисфункция, вызванная состоянием здоровья (болезнью);
6. Сексуальная дисфункция, индуцированная медикаментозным лечением;
7. Сексуальная дисфункция — не специфическая;

Эти классификации основаны на знании главных физиологических основ человеческой сексуальности. Следовательно, для понимания механизмов, ведущих к созданию и поддержанию различных сексуальных дисфункций необходимо иметь основную информацию о физиологии нормальных людских сексуальных реакций и поведении (Kaplan, Sadock, Grebb, 1994).

С этологической точки зрения, у мужчин можно различать: сексуальное влечение, активность, коитальную частоту (и задержку эякуляции). У женщин: сексуальную привлекательность, процептивность (активный поиск сексуальных контактов) и восприимчивость (готовность к копуляции при интересе мужчины) (Zvěřina, 1994).

8.11.1.1. Нормальная сексуальность

Точное и неизменное комплексное определение нормальной сексуальности сложно и клинически бесполезно.

Сексуальность связана с другими личностными чертами, в том числе биологической предрасположенностью индивидов. Она зависит от идентификации с сексуальной ролью и от сексуального опыта, накопленного в процессе жизни.

Сексуальность человека состоит из 4-х основных компонентов: сексуальной идентичности, идентификации с сексуальной ролью, сексуальной ориентации и сексуального поведения. Эти факторы влияют на развитие личности индивида. Сексуальность больше, чем просто физический секс (коитальный либо некоитальный), но меньше, чем любое поведение, направлена на достижение удовольствия.

Мнение Зигмунда Фрейда по поводу того, что слишком сильные импульсы удовольствия и активности носят исключительно сексуальный характер, и могут присутствовать с самого начала жизни индивида, служат определенным обобщением, которое может привести к частому непониманию концепции сексуальности Фрейда и смене разных видов мотивации. Замешательство и трудности в понимании могут возникнуть в результате того, что один орган (например, рот) служит, как к достижению сексуального удовольствия, так и несексуального. Еще одна сложность в понимании сексуального поведения может возникнуть таким образом, что человек может использовать сексуальную активность для удовлетворения несексуальных потребностей, и наоборот. Анализ поведения зависит от правильного понимания реальных индивидуальных мотиваций и их взаимодействия.

Не только Фрейд (1953) описывал последствия раннего опыта детства в формировании личности и, в частности, влияние сексуальной активности и сексуального образования в детстве. Без преувеличения можно сказать, что сексуальное поведение человека выученное. Преимущественно опыт, полученный в детстве, совместно с познанием в области сексуальности происходит без ведома родителей, однако на процесс осознания детской сексуальности оказывает влияние родительское поведение.

Прямое наблюдение детей в различных ситуациях показывает, что детские игры с гениталиями считаются нормальной частью развития. По мнению Харлоу (1958), взаимодействие матери и потомства необходимо для правильного развития сексуального поведения у обезьян в зрелом возрасте. Аналогичный механизм играет важную роль в процессе адекватной социализации у детей.

8.11.1.2. Нормальное сексуальное поведение

Физиологические реакции. Мастерс и Джонсон (1970) впервые описали сексуальные реакции человека и отметили, что этот физиологический процесс включает в себя увеличение (вазоконстрикцию) и миотонию (опухание), а затем, после оргазма ослабление васкулярной активности, расслабление мышечного напряжения и детумесценцию.

DSM-IV-определяет 4-х фазный цикл сексуальной реакции:

Фаза 1: влечение; Фаза 2: возбуждение; Фаза 3: оргазм; Фаза 4: расслабление.

Фаза 1: Влечение характеризуется сексуальными фантазиями и желанием осуществления сексуальной активности.

Фаза 2: Возбуждение может быть вызвано как психической стимуляцией (фантазии, присутствие любимого человека), так и физической стимуляцией, или комбинацией обоих стимуляций и приводит к субъективному переживанию ощущения удовольствия. Сексуальное возбуждение у мужчин проявляется тумесценцией полового члена и эрекцией, а у женщин вагинальной лубрикацией, далее у обоих полов происходит контракция сосков. Венозный застой вызывает у женщин набухание клитора и малых половых губ. Увеличенный поток крови отражается путем увеличения объема грудей на 25 %, а у мужчин, увеличение объема семенников на 50 %.

Фаза 3: Оргазм характеризуется кульминацией чувства удовольствия, расслаблением мышечного напряжения, ритмическим сокращением перинеальных мышц и тазовых репродуктивных органов. У мужчин происходит эякуляция семенной жидкости, сопровождающаяся несколькими спазмами простаты. У женщин оргазм начинается с 3—15 непроизвольных сокращений наружной трети влагалища и мощных сокращений матки. У мужчин и женщин являются непроизвольными сокращения внутренних и внешних сфинктеров, сопровождающиеся спастическими сокращениями и движениями скелетных мышц и карпопедальными спазмами. Повышается артериальное давление на 20—40 единиц (систолическое и диастолическое), частота сердечных сокращений ускоряется до 160 ударов в мин. Оргазм обычно длится 3—25 с и сопровождается легким затуманиванием сознания.

Фаза 4: Расслабление проявляется оттоком крови от половых органов (детумесценция), и организм возвращается в спокойное состояние. Если оргазм происходит, то человек расслабляется очень быстро. Если оргазм не наступает, расслабление занимает 2—6 часов и может сопровождаться раздражительностью и чувством дискомфорта. Расслабление после оргазма сопровождается чувством общей удовлетворенности и релаксации. У мужчин после оргазма следует рефрактерная фаза, которая может занять от нескольких минут до нескольких часов. В данной фазе не представляется возможным достижение следующего оргазма.

Этой рефрактерной фазы у женщин не существует, поэтому женщины способны достигать множественного и повторного оргазма.

Различия в эротических стимулах. Сексуальные фантазии общие для мужчин и женщин. Внешние стимулы, ведущие к сексуальным фантазиям, отличаются в соответствии с полом. Мужчины реагируют более визуально, например, на голых женщин, которые выглядят вызывающе и жаждущие лишь физического удовлетворения. Женщины в большей степени реагируют на нежные романтические истории о героях, чья страсть приводит к постоянному интересу к избранницам (Kaplan и др., 1994).

Мастурбация. Мастурбация — обычно нормальное проявление сексуального поведения в период до или между установлением партнерских или сексуальных отношений. Можно без преувеличения сказать, что ни одна другая сексуальная активность до сих пор так широко и часто не обсуждалась и не практиковалась, как мастурбация.

Альфред Кинси (1948, 1953) установил, что почти все мужчины и, по крайней мере, три четверти женщин иногда мастурбируют.

Первый раз интерес к стимуляции половых органов проявляется у детей в возрасте 15—19 месяцев и до периода полового созревания. Затем мастурбация становится нормальным способом для снижения сексуального напряжения. Постепенно, во время мастурбации появляются коитальные представления — очень важная предпосылка для развития сексуальной идентификации. Таким образом, подросток постепенно учится взрослой сексуальной роли.

Даже взрослые пары не отказываются от мастурбации во время сексуальной активности, естественная часть которой аутоэротика.

8.11.2. Отдельные сексуальные дисфункции

8.11.2.1. Расстройство сексуального влечения

Пониженная сексуальная аппетенция (влечение, желание) проявляется в недостаточных или отсутствующих сексуальных фантазиях и желании сексуальной активности.

Нежелание (аверсия) сексуальной активности проявляется в избегании генитальных сексуальных отношений с партнером.

Первый вариант встречается чаще, чем второй, считается, что примерно 20 % населения страдает от пониженного сексуального желания — чаще это женщины.

Этиологически существует много разных причин, но прежде всего, следует иметь в виду латентную сексуальную девиацию, обнаружение которой проблематично и требует проведения детального обследования опытным профессионалом, в том числе при помощи психологической экспертизы.

Ингибиция сексуального аппетита может также быть проявлением защитных механизмов личности от неосознанного страха секса, хронического стресса, депрессии или тревоги.

Долговременное половое воздержание иногда приводит к подавлению сексуального проявления. Часто следствием потери сексуального желания становится постепенный распад отношений.

Существование сексуального желания зависит от нескольких факторов: уровня биологического инстинкта, соответствующей самооценки, предшествующего сексуального опыта, наличия подходящего партнера и хороших отношений с партнером и в несексуальных областях. Нарушение в любой из этих областей может привести к потере сексуального желания.

При постановке диагноза следует учитывать возраст пациента, общее состояние здоровья и его жизненные стрессы. Также необходимо оценить уровень сексуального желания перед возникновением соответствующего нарушения.

Необходимость сексуальных контактов и удовлетворения у отдельных людей бывает разной, и может меняться в ходе жизни тех же самых людей. В группе из 100 пар, находящихся в стабильном браке, 8 % указали, что половой акт у них бывает реже, чем 1 раз в месяц (Frank, 1978). В другой группе пар, одна треть указала на периодический сбой сексуальной активности в периоде более чем 8 недель. Проблема возникает только тогда, когда отсутствие сексуального желания воспринимается пациентом как дискомфорт (Hawton и др., 1992; Leiblum и Rosen, 1988; Kaplan, 1995; Weiss, Zvěřina, 2001).

8.11.2.2. Расстройство сексуального возбуждения

В соответствии с DSM-IV, различается расстройство сексуального возбуждения: 1) у женщин — в качестве случайной или постоянной, частичной или полной неспособности достичь, или поддержать в рамках сексуальной возбужденности лубрикаторную реакцию до завершения полового акта, и 2) у мужчин — в качестве случайной, или постоянной, частичной или полной неспособности достичь, или поддержать эрекцию до завершения полового акта.

1. Расстройство сексуального возбуждения у женщин. Распространенность данного расстройства повсеместно недооценивается. Женщины, которые имеют проблемы с возбуждением, как правило, также имеют проблемы с достижением оргазма. При исследовании супружеских пар, относительно удовлетворенных сексуальной жизнью, 33 % женщин описывало трудности в поддержании сексуального возбуждения.

Сексуальное расстройство у женщин связано с рядом психологических факторов, таких как, беспокойство, чувство вины, страх. Иногда данное расстройство бывает связано с диспареунией или с отсутствием сексуального желания.

Физиологические исследования показывают, что гормональные факторы могут повлиять на реактивность женщин, страдающих расстройством сексуального возбуждения. Мастерс и Джонсон установили, что женщины, как правило, имеют повышенное сексуальное желание перед наступлением менструации, другие сразу же после окончания менструации или в период овуляции. Существуют данные, показывающие, что женщины с расстройством сексуального возбуждения, во время самого полового возбуждения в недостаточной степени осознают некоторые физиологические реакции, например, вазоконстрикцию, как другие женщины. (Kratochvil, 1993, 1994; Weiss и Zvěřina, 2001).

2. Эректильное расстройство у мужчин. Мужчины с пожизненным эректильным расстройством не способны достичь эрекции, позволяющей введение полового органа во влагалище. Мужчины с приобретенным нарушением эректильной функции раньше были в состоянии достигать вагинальной пенетрации, но поз-

же эту способность потеряли. Мужчины с ситуационным эректильным расстройством в состоянии осуществлять половой акт при определенных обстоятельствах, в то время как при других условиях, они бывают не в состоянии его осуществить.

Приобретенное эректильное расстройство было установлено у 10—20 % всех мужчин. Еще Фрейд отмечал, что данные трудности были распространенной жалобой его пациентов. В настоящее время отмечается, что из всех мужчин, страдающих сексуальной дисфункцией, более 50 % из них указывают импотенцию в качестве главной проблемы. Пожизненное эректильное расстройство — редкое заболевание, возникающее примерно у 1 % мужчин в возрасте после 35 лет. Риск появления импотенции увеличивается с возрастом. У молодых мужчин импотенция наблюдается примерно у 8 % населения.

Альфред Кинси (1948) свидетельствовал о 75 % мужчин, страдающих импотенцией в возрасте 80 лет. У стареющих мужчин импотенция может не возникнуть, если они имеют сексуальных партнерш и регулярную половую активность.

Причины эректильного расстройства у мужчин могут быть органическими, психологическими, либо комбинированными. В основном речь идет о преобладании психических причин.

Причины мужской импотенции можно выявить посредством хорошо рассмотренного анамнеза. Если мужчина заявляет, что у него происходят спонтанные эрекции в период, когда он не планирует половой акт, имеет утренние эрекции, имеет хорошую эрекцию во время мастурбации или с другими партнершами, а проблемы возникают со своей постоянной партнершей, то органическая причина маловероятна. Из психологических причин речь может идти о страхе, беспокойстве, гневе или моральных затруднениях. Эректильная импотенция может возникнуть в результате нерешенных проблем во взаимоотношениях. После возможной неудачи при половом акте, эректильное расстройство может быть подкреплено страхом неудачи перед каждой следующей попыткой осуществления полового акта (Feldman, 1997; Simons и Carey, 2001; Jonler и др., 1994; Štefančík, 2002; Vrabec, 2001).

8.11.2.3. Расстройство оргазма

Расстройство оргазма у женщин. Аноргазмия — периодическая, либо постоянная неспособность достичь оргазма, причем способность достичь сексуального возбуждения присутствует. Эта неспособность бывает как при мастурбации, так и при самом половом акте. Если оргазм происходит, по крайней мере, при одном из этих способов, аноргазмия не диагностируется, хотя может идти речь об определенной степени ингибиции.

Первоначальное предположение Фрейда, что клиторальный оргазм можно рассматривать в качестве неполноценного и незрелого по сравнению с вагинальным, в настоящее время не признается. Некоторые авторы полагают, что вагинальный оргазм воспринимается некоторыми женщинами, как физиологически иное ощущение. Женщины часто достигают оргазма сочетанием вагинальной и клиторальной стимуляции во время полового акта (Sadock др., 1976; Masters и Johnson, 1970).

Если женщина никогда не достигала оргазма, то речь идет о пожизненном нарушении оргазма.

О приобретенном расстройстве можно говорить, если женщина раньше была в состоянии достичь оргазма. Кинси обнаружил, что у замужних женщин моложе 35 лет — 5 % женщин никогда не достигали оргазма. Он также установил, что оргазмическая способность у женщин старше 35 лет растет, что объяснял более низкими психологическими барьерами или большим сексуальным опытом. В общем плане, сообщается о 30 % распространенности данной оргазмической дисфункции у женщин.

Нарушение женского оргазма связано с рядом психологических факторов, например, страх беременности, отвержение со стороны партнера, или ненависть к мужчинам, чувство вины по отношению к сексуальному опыту. Для некоторых женщин оргазм связан с опытом потери контроля или с агрессивным, деструктивным, диким поведением. Страх этих проявлений может привести к подавлению возбуждения и оргазма (Kaplan, 1995; Schmidt, 2001; Hawton и др., 1992; Weiss и Zvěřina, 2001).

Расстройство мужского оргазма. Это расстройство достижения эякуляции во время полового акта. Некоторые авторы различают расстройство оргазма и эякуляцию. Некоторые мужчины жалуются, что в состоянии эякулировать, но не испытывают оргазм.

Заболеваемость расстройством мужского оргазма встречается гораздо реже, чем частота преждевременной эякуляции или эректильной импотенции. Мастерс и Джонсон установили дисфункцию мужского оргазма у обследованных 3,8 % мужчин. В общем плане, распространенность оценивается около 5 % населения (Masters a Johnson, 1970).

Дисфункция достижения оргазма на протяжении всей жизни у мужчин считается проявлением серьезной психопатологии. Может возникать у мужчин, происходящих из пуританской среды, воспринимающих секс в качестве греха, а гениталии в качестве «грязи». У них могут присутствовать бессознательные или сознательные инцестуозные пожелания, либо чувство вины.

Приобретенная дисфункция оргазма у мужчин наблюдается, как правило, при возникновении проблем в отношениях. Расстройство в достижении оргазма может быть связано с неспособностью мужчины справиться с реальными или воображаемыми изменениями в данных отношениях.

У мужчин с ОКР может присутствовать неспособность эякулировать, как проявление невыраженной неприязни к женщинам.

Преждевременная эякуляция. Если эякуляция происходит раньше, чем мужчина желает, речь идет о преждевременной эякуляции. Не существует никакой нормы относительно времени, в течение которого должна произойти эякуляция. Обычно она диагностируется, когда эякуляция происходит до или непосредственно сразу после проникновения во влагалище. Мастерс и Джонс оценивали данное расстройство с точки зрения семейной пары. В качестве преждевременной эякуляции они рассматривали состояние, при котором мужчина не в состоянии контролировать эякуляцию от начала и до удовлетворения партнера, по крайней мере, в середине полового акта.

Преждевременная эякуация чаще встречается у мужчин с высшим образованием, чем у мужчин с более низким уровнем образования. Это расстройство мо-

жет быть следствием проявления их повышенных усилий для достижения удовлетворения своего партнера. У мужчин, которые обращаются за лечением по причине сексуальной дисфункции, в качестве главной жалобы наблюдается преждевременная эякуация (35—40 % мужчин).

Проблемы с преждевременной эякуляцией могут быть также связаны с тревожным сексуальным опытом (Kaplan, 1974; Rowland и др., 1998).

8.11.2.4. Сексуальные расстройства, связанные с болью

Диспареуния — сексуальное расстройство, которое характеризуется болезненными ощущениями перед, во время или после полового акта у мужчин и женщин. Чаще всего у женщин она ассоциируется с вагинизмом. Повторные случаи вагинизма могут привести к диспареунии и наоборот.

Опыт боли приводит к неприятным ощущениям во время полового акта, который рассматривается, как нежелательный. Ожидание последующей боли приводит к избеганию ситуаций, которые могут быть направлены на возможности осуществления полового акта (Fordney, 1978; Zvěřina, 1994).

Вагинизм вызван непроизвольными судорожными сокращениями мышц наружной части влагалища, которые препятствуют проникновению пениса внутрь и самому половому контакту. Реакция может появиться и во время гинекологического осмотра. Вагинизм считается менее распространенным расстройством, чем нарушение оргазма у женщин. Он чаще встречается среди высокообразованных женщин из высших социально-экономических слоев (Fordney, 1978; Eicher, 1979; Kratochvíl, 2003).

8.11.2.5. Сексуальная дисфункция, вызванная соматическим заболеванием

Аномалия половых органов — например, слаборазвитые гениталии, гипоспадия и фимоза. Из вторичных изменений — например, induratio penis plastica, т. е. изменения, вызванные вследствие травмы или хирургического вмешательства.

Воспалительные заболевания половых органов — причиной неудачи бывают болевые ощущения, сопровождающиеся воспалением, или при хроническом заболевании — неприятные ощущения, такие как жжение во время мочеиспускания, парестезия, давление и т.д. Эти проблемы усиливают страхи, напряженность, неудовлетворенность, раздражительность, невротические трудности, которые поддерживают сексуальную дисфункцию. Каузальное лечение должно быть дополнено психотерапией.

Неврологические нарушения — различные мозговые повреждения и повреждения спинного мозга, особенно в области грудопоясничного и крестцового отдела спинного мозга и соответствующих нервных путей. Наиболее распространенными причинами являются травмы, опухоли, арахноидит, рассеянный склероз, сирингомиелия и спинная сухотка.

Сексуальную проблематику параплегиков в монографии рассматривали Муни, Коул, Чилгрен (1975) и Шэйкд (1981).

Сексуальная дисфункция у мужчин может возникнуть после операций в области малого таза, например, после операции простаты.

Болезни эндокринной системы — андрогенный дефицит или повышенный уровень пролактина может вызывать нарушение потенции у мужчин.

Значительное снижение происходит после 65—70 лет, андрологи говорят о парциальном, андрогенном дефиците у стареющего мужчины (PADAM) — Pohanka (1998).

Бэнкрофт (1989), Дэвидсон и Розен (1992), однако, не указывают на очевидный положительный эффект андрогенов в случае эректильной дисфункции. Видимо, андрогены оказывают положительное влияние на развитие и формирование структур головного мозга, которые обеспечивают сексуальное поведение и имеют лишь незначительное влияние на взрослого человека. В качестве субнормального уровня плазматического тестостерона считается менее 3 нг в 1 мл плазмы (Raboch, 1986).

Негативное влияние повышенного уровня пролактина на потенцию у мужчин указали Вагнер, Грин (1981) и Каплан (1983).

Васкулярные заболевания — данным нарушениям в настоящее время отводится большое значение в этиологии эректильной дисфункции. Речь идет об аномалии артерий и ограничении кровотока в кавернозные органы, либо о неблокировании венозного оттока, вследствие чего кровь быстро протекает.

Многочисленные мировые первенства в разработке диагностических методов и терапевтических вмешательств на сосудах принадлежат хирургу В. Михал и его команде в IKEM в Праге (Michal, 1987; Breza, 1994).

Токсичные вещества и эффект от медицинских препаратов — употребление алкоголя в повышенных дозах ухудшает потенцию, хроническое злоупотребление приводит к постоянному нарушению эректильной функции. Героин вызывает импотенцию примерно у 50 % зависимых от ПАВ.

Никотин в долгосрочном последствии оказывает влияние на оба сосудистых механизма — артериальный и венозный.

Из медицинских препаратов нежелательные последствия на эрекцию оказывают антихолинергические препараты, парасимпатолики и эстрогены, а также более высокие дозы антигипертензивных и психофармацевтических препаратов (Segravsovi, 1992; Sigusch, 2001).

Из психофармацевтических препаратов большинство нейролептиков могут повлиять на любую из половых функций. Эректильную функцию в особенности может ухудшить хлорпромазин, тиоридазин, галоперидол, пимозид и сульпирид.

Особое внимание в последнее время обращено на антидепрессанты и их неблагоприятное воздействие на сексуальную функцию. Из антидепрессантов I поколения эти эффекты имеет имипрамин, но в особенности кломипрамин. Из антидепрессантов III поколения (СИОЗС) это флуоксетин, но и циталопрам, сертралин, пароксетин, из антидипресантов IV поколения — венлафаксин. У ингибиторов МАО данные эффекты особенно выразительны.

Антидепрессанты также помогают устранить сексуальную дисфункцию путем устранения депрессии. Их эффект подавления терапевтически используется при лечении преждевременной эякуляции (Segravsovi, 1992; Sigusch, 2001; Kolomazník, 2002).

Сахарный диабет — органическим образом вызванная импотенция происходит в случае 50 % больных сахарным диабетом, и в качестве непосредственной причины указывается диабетическая нейропатия автономной нервной системы в поясничной области, далее ангиопатические изменения в corpora cavernosa. В некоторых случаях, после начала лечения сахарного диабета эректильная функция восстанавливается, либо развитие проблем происходит с присутствием ремиссий (Raboch, 1975; Ertekin, 1998; Lachman, 1976).

8.11.3. Лечение сексуальной дисфункции — психотерапевтические методы

8.11.3.1. Терапия эректильной дисфункции

Среди психогенных причин функционального эректильного расстройства можно рассматривать (Kratochvíl, 2003), во-первых, **ситуационные факторы**, такие как: отсутствие личной жизни, боязнь раскрытия или нарушения, страх беременности или венерических заболеваний, во-вторых, **травматический опыт** — с сексуальной активностью очень тесно и упорно связаны различные негативные переживания из прошлого, которые вызывают страх, чувство вины, неполноценности, неловкости и неудачи. Эти чувства могут повторно подкрепляться при новых сексуальных ситуациях и подавлять развитие сексуального возбуждения, и, в-третьих, **партнерские проблемы**, такие как проблемы в отношениях, противоречия, конфликты, ссоры, агрессивное и злое поведение, раскаяние, недооценивание со стороны партнера, насмешки, холодное и пренебрежительное поведение, отсутствие интереса, борьба за власть между партнерами, подозрения в неверности, ревность, отсутствие обоюдного понимания. Вайбрэк и Вагнер (1994) рассматривали вопрос об узости влагалища, которая обусловливает величину пенетрационного давления пениса мужчины, необходимую для проникновения во влагалище. У женщин бывают большие различия в узости влагалища, которые могут привести к тому, что с одной женщиной уровень твердости эрекции пениса достаточен для осуществления полового акта, а с другой женщиной тот же мужчина может потерпеть неудачу, когда попытается проникнуть во влагалище. Данные обстоятельства в некоторой степени связаны с уровнем смазки и расслабления влагалища во время прелюдии. Значительную роль играют и анатомические размеры. Эти авторы ввели понятие «пенетрационное давление» и «твердость» (stiffness) эрекции. Еще одним фактором, играющим важнейшую роль в способности осуществить половой акт, представляет личность мужчины. Некоторые мужчины в состоянии осуществить половой акт даже при не очень благоприятных обстоятельствах, и даже возможные неудачи не вызывают в них страх или ожидание будущего фиаско. У других мужчин в этом случае существует значительная уязвимость. Речь идет в основном о мужчинах, у которых часто встречаются черты некоторой застенчивости, тревожности, неуверенности, склонности к самоуничижению, ипохондрии, навязчивые мысли, психастенические черты личности с тенденцией к повышенному самоанализу, с отсутствием уверенности в себе. Это могут быть и мужчины с повышенной чувствительностью, чрезмерным чувством ответственности за успешное проведение полового акта или удовлетворения женщины, будучи не в состоянии в достаточной степени отдаться испыта-

ниям собственных чувств. Эректильная дисфункция появляется и у аномальных личностей с проблемами в установлении социальных контактов и созданием эмоциональных отношений. Эректильное расстройство — также выражение нетрадиционной сексуальной ориентации.

Состояние усталости, переутомления и депрессии может сопровождаться нарушением способности достижения или поддержания эрекции полового члена. Подобным образом, эректильная дисфункция возникает при невротических состояниях.

Рациональная психотерапия направлена на изложение, объяснение, изменение несоответствующих позиций, поддержку, предложение управления и предоставления указаний. Убедительное толкование основано на анамнестических данных и соматическом обследовании. Пациентам предоставляются подтверждения того, что страх неудачи — часть этиологии расстройства. Особую группу составляют пациенты со страхом неудачи при первом половом контакте, которые настаивают на особом индивидуальном управлении, т. е., сотрудничество в паре с партнером, если это возможно. Рациональная психотерапия может проводиться и с группой пациентов на коллективных курсах, беседах и лекциях. Эффективно можно использовать различные медицинские публикации (Kratochvíl, 2003).

Динамическая психотерапия — цель состоит в выяснении причин возникновения дисфункции, как следствии определенных отношений, которые впоследствии привели к неправильному поведению и расстройствам. Этот терапевтический процесс может быть реализован как на индивидуальных сеансах, так и в группе пациентов, в амбулаторных или стационарных учреждениях, в пределах терапевтического сообщества (Kratochvil, 2001).

Гипнотерапия — в состоянии гипноза можно эффективно повлиять на чувства, восприятие, эмоции, позиции, а также физиологические функции, на которые, как правило, невозможно повлиять. Когда пациент находится в состоянии гипноза, ему можно внушить то, что объяснялось рационально — что он в первую очередь должен сосредоточиться на испытывании приятных ощущений в контакте с женщиной, а не на выполнении задачи осуществить половой акт. Пациенту можно внушить и сексуальные возбуждающие сцены, а также полное испытание успешной и удовлетворительной сексуальности. Эрекцию можно усилить посредством гипнотического внушения достаточной твердости полового члена.

Тренинг в психотерапии

1. **Аутогенная тренировка** — практикуется систематическая релаксация с аутосуггестивными формулами. Пациент учится создавать состояние психического спокойствия, снимать напряженность, контролировать свои психические состояния, а также регулировать некоторые вегетативные реакции. Практика данной релаксации может быть полезна для снижения напряженности, опасений и страхов, связанных с осуществлением полового акта. Иногда рекомендуется использовать специальные суггестии для кровоснабжения полового члена.
2. **Систематическая десенсибилизация** — это метод для устранения страха, при котором используется и релаксация. Данный метод иногда используется в

случае эректильной дисфункции для удаления страха неудачи и разочарования партнера. Пациент для начала учится полностью расслаблять мышцы, а затем составляет список ситуаций, которые вызывают в нем страх, и распределяет их в соответствии с тяжестью. Сама терапия продолжается сеансами, в которых терапевт предлагает расслабленному пациенту представления из иерархии страха, начиная с менее серьезных. Пациент какое-то время представляет себе сцену, и всякий раз, когда появляется страх, сообщает о нем терапевту. Через некоторое время пациент должен прекратить воображения сцены и углубить свое расслабление. Этот тренинг необходимо повторять так долго, пока представления не перестанут вызывать страх (Wolpe, 1969). Данный метод может быть использован не только в воображении, но и в естественных условиях, когда пациент постепенно привыкает к реальным ситуациям, которых он первоначально опасался, но и в благоприятной атмосфере, которую пациенту обеспечил опытный сексуальный партнер. Этот метод — часть современной сексуальной терапии, при которой проводится обучение пар сексуальным навыкам.

3. **Тренинг для самоутверждения** — страх и боязнь сексуальной неудачи как часть страха потерпеть фиаско в общем плане. Этот страх связан со сниженной способностью проявить свои желания, выразить свои чувства и самоутвердиться. В этом случае эффективной может стать практика социальных навыков, например: отклонить просьбу другого человека, попросить кого-либо об одолжении, выразить свое собственное желание, свои положительные и отрицательные чувства, начинать и заканчивать разговор и т.д. Лучшим способом считается исполнение самоутверждающих ролей в групповой психотерапии при взаимодействии с другими пациентами.

8.11.3.2. Лечение преждевременной эякуляции

Рациональная психотерапия заключается в изложении механизма возникновения и поддержания расстройства и практическом руководстве о том, как продлить половой акт.

Функциональный тренинг — в 1956 г. Семанс разработал специальный метод, предназначенный для отдаления кульминации у мужчин, когда женщина стимулирует пенис и прекращает выполнять это действие в тот момент, когда мужчина начинает чувствовать наступление эякуляторного рефлекса. После прекращения данного рефлекса, данная процедура повторяется несколько раз, и, наконец, эякуации будет позволено осуществиться. Мастерс и Джонсон (1970) к данной процедуре добавили более резкое нажатие пениса чуть ниже головки примерно на 3—4 см. Обе процедуры являются одинаково эффективными (Kaplan, 1974). Постепенно было установлено, что аналогичную процедуру мужчина может выполнять самостоятельно, а эффект будет перенесен на партнерскую ситуацию (Lo-Piccolo, 1978; Pondělíčková, 1978).

Каплан (1974) особо подчеркивала когнитивный компонент осознания своих чувств, которые предшествуют рефлексу эякуляции, а также важность тренировки контроля этого рефлекса, даже при высоком уровне возбуждения. Использу-

ются и групповые терапевтические работы с несколькими парами или группой мужчин (Kaplan, 1974; Golden, 1978).

8.11.3.3. Терапия женской сексуальной дисфункции — аноргазмия, фригидность и аверсивность

Рациональная терапия направлена, с одной стороны, на оказание влияния по отношению к сексуальности в общем плане, а в индивидуальном порядке — на собственную сексуальную активность. С другой стороны, на устранение мешающих факторов при сексуальной жизни, и в конечном итоге — на помощь пациенту в обеспечении эффективной стимуляции (Kratochvil, 2003).

Динамическая психотерапия — сосредоточена на выявлении психологического механизма возникновения расстройства. Чаще всего предметом внимания становятся следующие моменты: слишком ограничивающее воспитание по отношению к сексу, формирование отношения к собственному телу, половым органам и их функции, отношение к мастурбации, модели женского и мужского поведения в семье, психотравмирующий опыт в детстве и в начале собственной половой жизни, конфликты и проблемы в нынешних отношениях.

Гипнотерапия — пытается повлиять на сексуальный опыт прямым внушением. Kratochvíl (2001) рекомендует в гипнотическом сеансе внушить пациенту повышенное сексуальное желание и реакционную способность, включая способность к достижению оргазма.

Тренировочная психотерапия

Аутогенная тренировка — женщина учится концентрироваться на целевой мысли и представлении, что помогает улучшить ощущение сексуальных чувств. Тренируются специальные сексуальные внушения, направленные на половые органы. Далее следуют индивидуальные формулы в соответствии с отдельными условиями пациента.

Систематическая десенсибилизация — имеет место в тех случаях, когда сексуальная дисфункция возникла на основании психотравмы в сексуальной области. Пациент учится забыть о страхе, повторно и последовательно представляя себе угрожающую ситуацию в расслабленном состоянии, которое становится противоположностью состояния страха.

Тренировка мышц малого таза — посредством тренирования мышц малого таза можно повысить возбудимость и способность достичь оргазма (LoPiccolo, 1978). Некоторые авторы считают, что стимуляция данных мышц пенисом во время коитальных движений, возбуждающий механизм вагинально индуцированного оргазма, и сокращение данных мышц становится важной частью оргазмической реакции (Kline-Graber a Graber, 1975).

Аутостимуляционная тренировка — женщина сама может обнаружить свою собственную сексуальную возбудимость, чтобы затем данный опыт перенести на партнерские отношения. Данная тренировка связана с методами сексуальной терапии — см. ниже.

8.11.3.4. Сексуальная терапия

Учитывая основное значение данного вида терапии, следующий обзор представляется отдельно, несмотря на то, что данная терапия распространяется на

все выше перечисленные диагностические области. Сексуальная терапия — комплексный психотерапевтический подход при лечении функциональных сексуальных расстройств, основанный на новаторской работе Мастерса и Джонсон (1970) и в дальнейшем разработанный Каплан (1974) и другими авторами. Эта терапия направлена на прямое и быстрое устранение соответствующих симптомов во время общей терапевтической работы с семейной парой, которая получает от терапевта серию связанных друг с другом домашних заданий, выполнение которых впоследствии обсуждается с терапевтом. Метод в высокой степени бихевиорально ориентирован и приводит к более открытому общению о сексуальных проблемах и постепенно тренирует улучшение нарушенной функции.

Мужчина с эректильной дисфункцией постепенно переходит с позиции наблюдателя к позиции активного участника сексуального контакта, учится испытывать чувственное наслаждение от прикосновений женщины и ее возбуждения и перестает блокировать свою физиологическую реакцию.

Мужчины, имеющие трудности с преждевременной эякуляцией, посредством тренировки в сотрудничестве с партнером, могут достичь регуляции эякуляторного рефлекса с помощью метода «нажатия».

Женщина с нарушением возбуждения и оргазма учится быть более активной, определять новые, более эффективные сексуальные стимулы и концентрироваться на них.

Обучение проходит в непринужденной обстановке, которая не сосредоточена на производительности, а ошибки и неудачи рассматривает в качестве неотъемлемой части обучения. Задача терапевта состоит в том, чтобы обеспечить паре благоприятную атмосферу и поддерживать ее путем поддержания открытого и позитивного общения между партнерами, помогать им оценивать результаты и предлагать определить задания для следующей процедуры.

Д. Аннон (1974) включил терапевтический подход сексуальной терапии в рамки бихевиоральной психотерапии как часть, так называемой, четырехуровневой модели, учитывающей непосредственные причины, степень тяжести и фиксированности расстройства.

Хелен Сингер Каплан (1974) включает данный метод в более широкие психотерапевтические рамки и подчеркивает более когнитивную сторону процесса осознания отдельных фаз сексуальных реакций. Использует ресурсы динамической психотерапии особенно в эмпирическом виде — ориентированных упражнений партнеров.

Ло Пикколо (1992) указывает свой существующий подход к сексуальной терапии в качестве «постмодерного», занимающегося анализом сложных сексуальных расстройств, в то время как для простых расстройств на сегодняшний день достаточно лишь индивидуальной работы пациентов с помощью руководства.

Хотя в сексуальной терапии с теоретической точки зрения речь идет о довольно сложном подходе, который соответствует этиологической причинной связи сексуальной дисфункции и фокусируется на практическом решении и достижении быстрого изменения, что делает процесс эффективным, в настоящее время существует возможность дополнить терапию большим количеством аналитических методов.

Нынешнюю форму сексуальной терапии вполне можно включить в более общее понятие **КБТ**, так как первоначальная бихевиоральная направленность практической терапии Мастерса и Джонсон была обогащена методами рациональной и когнитивной терапии, которые рассматривали влияние негативных мыслей и предрассудков на создание и поддержание сексуальной дисфункции, и при лечении стремились заменить их на более реальные и позитивные мысли.

Терапевтический процесс сексуальной терапии — в наших условиях могут применяться модификации первоначальных методов Мастерс и Джонсон, сделанные Кратохвилом (2003).

После первоначального подробного исследования сексуального анамнеза, текущих сексуальных расстройств, межличностных отношений и психического и соматического состояния, проводятся консультации одновременно с обоими партнерами, чтобы поддерживалось их взаимное открытое общение о сексуальных ощущениях и потребностях. На консультации партнеры информируют терапевта о процессе упражнений и о собственных ощущениях. Кроме этого, каждый из партнеров должен получить отдельный дневник, в который будет записывать свои чувства.

Упражнение проводится в благоприятной обстановке, приблизительно 1 ч в день. Партнеры должны заранее создать атмосферу взаимопонимания и положительного настроя.

При работе с парой, при первом разговоре, необходимо сообщить партнерам наиболее важные принципы механизма, который приводит к неадекватному сексуальному поведению, соответственно, нарушению функций с обеих сторон. Основной беспокоящий момент во время полового акта — ошибочное ожидание и нацеленность на достижение сексуальной удовлетворенности партнера или самого себя. Это нарушает способность полностью сосредоточиться на общей любовной игре. Они сосредоточены на результате, месте и качестве действия. Опасаются, что не будут успешными, рассматривают половой акт в качестве задачи или теста. Вместо радости и удовольствия они испытывают неприятное напряжение.

При проведении терапевтической практики внимание направлено, прежде всего, на изменение отношения к сексуальности в целом и, отдельно, во время сексуальной активности. Партнеры постепенно меняют свою ориентацию с малоадаптивной направленности на производительность и успех на адаптивную направленность на собственные ощущения при физическом прикосновении, соответственно, на углубляющееся осознание этих чувств во время длительной любовной игры.

Для проведения данного упражнения необходимо создать благоприятные условия (конфиденциальность, теплоту, освещение, музыку и т.д.). Упражнение проводится регулярно, по крайней мере, 1 ч в день. Перед проведением упражнения необходимо, чтобы партнеры сосредоточились на создании атмосферы взаимопонимания и положительного настроя. Они должны забыть обо всех повседневных заботах и сосредоточиться друг на друге, должны говорить приятные вещи, находить в себе положительные и позитивные моменты и делиться ими.

Упражнение 1. Ощущения от взаимных прикосновений к телу

Партнеры, в голом виде, тренируют прикосновения друг к другу при тусклом свете, начиная с неэрогенных зон. Один партнер всегда должен быть расслаблен и пассивен, в то время как другой партнер нежно прикасается к нему. Он пробует различные формы прикосновений, причем партнер, к которому прикасаются, постепенно меняет своё положение. Через 5 мин данную процедуру необходимо повторить примерно 3 раза. Оба партнера пытаются испытать свои чувства как можно более сильно и полностью им поддаться. Важно одновременное и совместное испытывание этих чувств. Постепенно, можно сосредоточить внимание на эрогенных зонах. Во время упражнения нельзя разговаривать ни о чем другом, кроме ощущений от прикосновений. Желательно, чтобы партнеры при выполнении данного упражнения общались друг с другом, использовали слова любви или восхищения по отношению к своему партнеру и выражали свои чувства возбуждения и радости от этих ощущений.

Целью должно стать достижение способности испытывать сильные чувства, их осознание при прикосновениях и взаимный разговор об этих ощущениях.

Упражнение 2а. Ощущение от стимулирования женских половых органов

В начале упражнения партнеры начинают с процедуры, описанной в предыдущем упражнении, и повторяют его, по крайней мере, 2 раза. Затем женщина садится спиной к мужчине. У женщины ноги раздвинуты и скрещенны с ногами мужчины. Мужчина сначала ласкает женскую грудь и внутреннюю сторону бедер. Женщина постепенно ведет руку мужчины по своим половым органам, таким образом, который ей приятен. Самый подходящий способ движения руки может изменяться в зависимости от степени сексуального возбуждения женщины. Стимулирование посредством руки в области половых органов не должно происходить на сухую. В случае необходимости, возможно использование лубрикатного геля. Женщина полностью отдается ощущениям и постепенно, вместе с мужчиной исследует чувствительность различных частей своих половых органов, в особенности, малых половых губ и клитора. Женщина не стремится конкретно к достижению оргазма, но если она к нему приблизится, помогает достичь его активным образом и, при этом не будет подавлять внешние проявления, то тем самым продемонстрирует мужчине свое возбуждение и достижение оргазма. Способность женщин реагировать на стимуляцию клитора иногда развивается постепенно, особенно, если этот метод стимулирования был связан с предрассудками. Женщина должна проверить, способна ли она посредством данного метода достичь оргазма. Если мужчина или женщина страдали от пониженного возбуждения, или у них присутствовали опасения по поводу достижения оргазма во время полового акта, то достижение оргазма посредством руки партнера может говорить о значительном прогрессе.

Упражнение 2б. Ощущение от стимулирования женского влагалища

Речь идет о практике развития (увеличения) чувствительности передней стенки влагалища. Мужчина введённым пальцем стимулирует переднюю стенку влагалища и мягко давит ее против лобковой кости или против своей ладони, лежащей на животе женщины. Женщина поддается этой стимуляции и выражает свои ощущения, приятны ли и возбуждают ли ее эти действия.

При достаточном увлажнении входа во влагалище, мужчина может ввести во влагалище 2 пальца. Иногда, мужчина на передней стенке влагалища может нащупать очень чувствительную область (так называемая, точка-G), которая в результате стимулирования набухает, и тем самым повышается ее чувствительность. Затем мужчине необходимо сосредоточиться на этой области, и более сильным ритмичным давлением он прижимает ее к лобковой кости (или брюшной стенке). Непрерывное стимулирование может длиться на протяжении 10 мин (как и в случае клитора) и с нарастающим темпом и ритмом стимулирования, в соответствии с пожеланиями женщины, можно вызвать оргазм.

Если удастся вызвать оргазм, он может в этом случае оказаться достаточно сильным.

У некоторых женщин наиболее чувствительная часть влагалища может находиться в другом месте. Если такое чувствительное место во влагалище не найдено, то необходимо снова сосредоточиться на стимулировании клитора. У многих женщин клитор — единственное место на теле, стимулированием которого можно вызвать оргазм. Все вышеописанные возможности считаются нормальными и являются частью индивидуальной анатомической и физиологической вариабельности.

Упражнение 3. Ощущение от стимулирования мужского пениса

Упражнение всегда начинается с повторения переменного взаимного поглаживания, создания приятного настроя и взаимного возбуждения. Это упражнение подходит для мужчин с нарушением эректильной функции, а в случае «холодных» женщин, или женщин с аноргазмией может помочь, если они для начала хорошо познакомятся с мужским пенисом и научатся играть с ним. Точно так же в тех парах, где не существует проблем с возбуждением, эта практика поможет расширить список взаимных эротических нежностей.

Мужчина ложится на спину и ведет руку женщины таким образом, чтобы она дотрагивалась до его полового члена тем способом, который ему больше всего приятен. Он сосредотачивается на испытании приятных ощущений от прикосновений, не пытаясь достичь эрекции или эякуляции. Желательно иногда позволять эрекции спадать, а затем, повторить данное упражнение 3 раза. При более продолжительной игре для использования больше подходит лубрикатный гель. Переменный спад эрекции учит партнеров тому, что эрекция во время занятий любовью часто приходит с перерывами — волнами, и не обязательно во время ласки должна быть постоянной.

Упражнение 4. Продолжительное стимулирование пениса

Женщина продолжает играть с эрегированным пенисом, мужчина сосредотачивается на присутствующих ощущениях. Когда он начинает чувствовать начало эякуляции, подает женщине условный сигнал.

Цель этого упражнения состоит в том, чтобы мужчина научился выдерживать прикосновения и систематическое стимулирование своего полового члена (сначала в руке женщины, позже во влагалище женщины) без преждевременной эякуляции. Мужчина для начала должен лучше познакомиться со своими ощущениями при стимулировании пениса и научиться вовремя вмешиваться, чтобы предотвратить преждевременный эякуляторный рефлекс.

Для предотвращения эякуляции тренируются две процедуры:

а) женщина двумя пальцами берет пенис буквально под головкой и резко нажимает на него в течение 3—4 с. Затем она его отпускает. Стремление к эякуляции исчезает, последует спад эрекции;

б) не производится нажатие, лишь прерывается стимулирование, мужчина остается в состоянии покоя.

Примерно через полминуты перерыва можно продолжить стимулирование. В течение одного упражнения процедура повторяется 3—4 раза. В конце упражнения, желательно, чтобы эякуляция осуществилась.

Упражнение 5. Ощущение от контакта половых органов и от пРисутствия пениса во влагалище

После начальных ласк женщина садится к мужчине на колени, немного играет с пенисом и после наступления эрекции, медленно садится на пенис и постепенно самостоятельно продвигает пенис во влагалище. Некоторое время, женщина остается сидеть неподвижно и сосредотачивается только на ощущении присутствия пениса во влагалище. Оба партнера находятся в состоянии покоя, мужчина ощущает присутствие женского влагалища. После спада процедуру можно повторить несколько раз. Постепенно, женщина может начать медленно двигаться, в этот момент она пробует воспринимать ощущение перемещения пениса в различных частях влагалища. Мужчина находится в спокойном состоянии, он не двигается, не стремится удовлетворить женщину, ориентируется только на собственных приятных ощущениях при движении женщины.

Во время этого упражнения пенис необходимо несколько раз вынуть из влагалища и через некоторое время ввести снова.

Если у мужчины возникнет ощущение наступления преждевременной эякуляции, он подаст женщине знак, которая прервет свои движения, произведет нажатие под головкой и подождет некоторое время, пока возбуждение не спадет. Затем она вновь вводит пенис во влагалище, и данные действия может повторить несколько раз. Позже, для контроля эякуяции будет достаточно лишь прекратить или уменьшить движения, и пенис не нужно будет доставать из влагалища. Такая остановка — наиболее эффективный способ, когда пенис введен глубоко во влагалище. Прерывание желательно повторить не менее трех раз и, наконец, позволить эякуляции состояться.

Упражнение 6. Стимуляция клитора при введенном пенисе

Упражнение направлено на возбуждение оргазма у женщин при введенном мужском члене во влагалище. После обычных первоначальных ласк женщина садится на пенис мужчины и остается неподвижно сидеть. Мужчина своей рукой стимулирует клитор женщины. Желательно, чтобы женщина управляла рукой мужчины. Время от времени она может самостоятельно себя стимулировать. Только тогда, когда женщина достигнет оргазма, мужчина начнет выполнять более быстрые движения, чтобы оргазма достиг и он сам.

Для стимуляции клитора рукой при введенном половом члене можно использовать и положение на боку, позицию лицо в лицо или сзади. Достижение оргазма посредством стимуляции клитора и влагалища характерно для большого процента женщин.

На дальнейших этапах обучения можно сосредоточиться на синхронизации мужского и женского оргазма. Когда женщина с помощью стимулирования рукой приближается к оргазму, мужчина начинает ускорять и усиливать движения тазом, чтобы кульминационное стимулирование клитора соединилось со стимуляцией влагалища с помощью пениса так, чтобы оргазм у обоих партнеров произошел как можно скорее. Для сексуального удовлетворения нет необходимости в синхронном оргазме — более практично, чтобы оргазмом насладился каждый партнер по отдельности.

Упражнение 7. Ощущения от комбинированной стимуляции во время коитальных движений

Вместо стимуляции рукой иногда можно использовать трение в области клитора о таз мужчины при движениях во время полового акта. Лучше всего это происходит в двух позициях:

а) женщина ложится на мужчину, выпрямит тело и двигает своим тазом по тазу мужчины;

б) начинается с позиции, когда женщина снизу, и после введения пениса она протягивает ноги и зажимает их. Мужчина выполняет движения таким образом, чтобы слегка прикасаться области клитора, в случае необходимости, он может двигаться вдоль тела женщины.

После успешного обучения, постепенно, могут быть включены различные индивидуальные варианты для обогащения сексуальных ощущений. Например, во время полового акта партнеры пытаются поменять несколько позиций и т.д. Цель тренинга, после успешного завершения всего цикла упражнений, заключается в том, чтобы партнеры были больше сосредоточены на совместных впечатлениях при взаимном исполнении тактильных импульсов, чем на достижении оргазма, а также могли оценить в большей степени качество всей продолжительной любовной игры, чем просто качество оргазмического завершения.

Литература

Annon J. The behavioral treatment of sexual problems. Vol. I., II. Honolulu: Enabling Systéme, 1974, 1975. Bancroft J. Human sexuality and its problems. Edinburgh: Churchill Living- stone, 1989.

Breza J. Erektilné poruchy. Martin: Osveta, 1994.

Daneš L. Léčba předčasné ejakulace Instillagelem. Andrologie, 2000, č. 1.

Davidson J.M., Rosen R.C. Hormonal determinants of erectile function.//Rosen R.C., Leiblum S.R. (eds.) Erectile disorders. NY: Guilford Press, 1992.

DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4. Washing- ton: American Psychiatric Association, 1994.

Eicher W. Der Vaginismus. Sexualmedizin, 1979, č. 8.

Ernst E., Pittler M.H. Yohimbine for erectile dysfunction: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J.Urol, 1998, č. 159.

Ertekin, C. Diabetes mellitus and sexual dysfunction. Scand. J. Sexol., 1998, č. 1.

Farber, M. Human Sexuality. NY: 1 Macmillan, 1985

Feldman, H. et al. Impotence and its medical and psychological correlates: Results of the Massachusetts male aging study. J. Urol., 1997, č. 151.

Fordney, D. S. Dyspareunia and vaginismus. Clin. Obstet. Gynecol., 1978, č. 21.

Frank, E. Frequency of sexual dysfunction in „normal" couples. N. Engl. J., Med., 1978, č. 299.

Freud, S. Three essays on the theory of sexuality.//Standard Edition of the Comp le te Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 7, P. 125. London: Hogarth Press, 1953.

Furlow, W. L. Male sexual dysfunction. Urol. Clin. North. Am., 1981, č. 8.
Golden, J. H. et al. Group vs. couple treatment of sexual dysfunctions. Arch. Sex. Behav., 1978, č. 7.
Grenier, G., Byers, E. S. Rapid ejaculation: A review of conceptual, etiological and treatment issues. Arch. Sex. Behav., 1995, č. 24.
Harlow, H. F. The nature of love. A. Psychol., 1958, č. 13.
Hawton, K., Catalan, J., Fagg, J. Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome and prognostic factors. Arch. Sex. Behav., 1992, č. 21.
Herman, J., LoPiccolo, J. Clinical outcome of sex therapy. Arch. Gen. Psych., 1983, č. 40.
Jonler, M. et al. The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. Brit. J. Urol., 1995, č. 75.
Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. Synopsis of Psychiatry, 7. ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994.
Kaplan, H.S. The evaluation of sexual disorders. NY: Brunner/Mazel, 1983.
Kaplan, H.S. The new sex therapy. NY: Brunner/Mazel, 1974.
Kaplan, H.S. The sexual desire disorders. NY: Brunner/Mazel, 1995.
Kawaciuk, I. Přínos a rizika androgenní substituce. Andrologie, 2001, č. 2.
Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphia: Saunders, 1948.
Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. et al. Sexual Behavior in the Human Female. Philadelphia: Saunders, 1953.
Kline-Graber G., Graber B. Woman's orgasm: A guide to sexual satisfaction. NY: Bobbs-Merril, 1975.
Kočí K. Podtlakové erektory: neinvazivní alternativa v léčbě erektilních dysfunkcí — dvouleté sledování. Prakt. Lék., 1996, č. 76.
Kočí K. Léčba erektilní dysfunkce implantací endoprotéz: výsledky desetiletého sledování. Prakt. Lék., 1995, č. 75.
Kolomazník M. et al. Fluoxetin v léčbě ejaculatio praecox. Psychiatrie, 2002, č. 6.
Kratochvíl S. Manželská terapie. Praha: Grada, 2002.
Kratochvíl S. Sexuální dysfunkce. Praha: Grada, 2003.
Kratochvíl S. Terapie funkčních sexuálních poruch. Praha: Avicenum, 1987.
Kratochvíl S. Základy psychoterapie. Praha: Portál, 2002.
Kubíček V. Bezpečnost a účinnost terapie erektilní dysfunkce. Andrologie, 2001, č. 2.
Kubiš I. Naše skúsenosti po roku liečby Viagrou. Sexuológia, 2001, č. 1.
Lachman M. et al. Příspěvek k patogenezi poruch erektivity u diabetiků. Čas. Lék. Čes., 1976, č. !15.
Leiblum S.R. Erectile disorders. NY: Guilford Press, 1992.
Leiblum S. K., Rosen R.C. (eds.) Sexual desire diorders. NY: Guildford Press, 1988.
LoPiccolo J. Direct treatment of sexual dysfunction.//LoPiccolo J., LoPiccolo L. (eds.) Handbook of sex therapy. NY: Plenum Press, 1978.
LoPiccolo J., LoPiccolo L. Handbook of sex therapy. NY: Plenum Press, 1978.
LoPiccolo, J. Postmodern sex therapy for erectile failure.//Rosen R.C., Leiblum S.R. Erectile disorders. NY: Guildford Press, 1992.
Masters W.H., Johnson V.E. Human Sexual Response. Boston:, Little, Brown, 1966.
Masters W.H., Johnson V.E. Human Sexual Inaequancy. Boston: Little, Brown, 1970.
Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Praha: Ústav zdravotních informací a statistik, 1992.
Michal V. Czechoslovak contribution to current concepts of impotence, its pathogenesis, diagnosis and treatment. Czechoslovak Med., 1987, č. 10, (č.1).
Mooney T.O., Chilgren R.A. Sexual option for paraplegics and quadruplegics. Boston: Little, Brown, 1975.
O'Carroll R., Bancroft J. Testosteron therapy for low sexual interest and erectile dysfunction in men: a controlled study. Brit. J. Psychiat., 1984, č. 145.
Padma-Nathan H. et al. On demand IC351 (Cialis) enhances erectile dunction in patients with erectile dysfunction. Int. J. Impot. Res., 2001, č. 13.
Pohanka M. Parciální androgenní deficience u stárnoucích mužů (PADAM) a možnosti léčby. Medica Revue 1998, č. 1.
P ondělíčková-Mašlová J. Léčba ejaculatio praecox. Čas. Lék. Čes., 1978, č. 116.
Raboch J, Raboch J. Sexuální poruchy u diabetiků. Prakt. Lékař, 1975, č. 55.

Raboch J. Sexual development and life of psychiatric female patients. Arch. Sex. Behav., 1986, č. 15.
Rowland D.L., Cooper S.E., Koos Slob A. The treatment of premature ejaculation: Psychological and biological strategies. Drugs of Today, 1998, č. 34.
Sadock B.J., Kaplan H.I., Freedman A.M. The Sexual Experience. Baltimore: Williams and Wilkins, 1976.
Segraves R.T., Segraves K.B. Aging and drug effects on male sexuality.//Rosen R.C., Leiblum S.R. Erectile disorders. Guilford. NY, 1992.
Semans J.H. Premature ejaculation: A new approach. South. Med. J. 49:353, 1956.
Shaked A. (ed.) Human sexuality and rehabilitation medicine. Sexual functioning following spinal cordinjury. Williams and Wilkins, Baltimore, 1981.
Sherfey M.J. The Nature and Evolution of Female Sexuality. NY: Random House, 1972.
Schiavi R.C. et al. Effect of testosteron administration on sexual behavior and mood in men with erectile dysfunction. Arch. Sex. Behav., 1997, č. 26.
Schmidt G. Paartherapie bei sexuellen Funktionsstorungen.//Sigusch V. Sexuelle
Sigusch V. Therapie sexueller Storungen. Stuttgart: Thieme, 1975.
Sigusch V. Sexuelle Storungen und ihre Behandlung. 3.Aufl. Stuttgart: Thieme, 2001.
Simons J.F., Carey M.P. Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. Arch. Sex. Behav., 2001, č. 30.
Storungen und ihre Behandlung. Stuttgart: Thieme, 2001.
Štefančík, J. et al. Sledovanie prevalencie a závažnosti erektilných porúchvovy braných skupinách ambulantných pacientov. Sexuológia, 2002, č. 2, príloha.
Vrabec J. Epidemiológia a patofyziológia erektilnej dysfunkcie. Sexuológia, 2001, č. 1.
Vrabec J. Sildenafi l — liek prvej volby v liečbe erektilnej dysfunkcie. Sexuológia, 2002, č. 2.
Wagner G., Green R. Impotence. NY: Plenum Press, 1981.
Wagner G., Kaplan H.S. The new injection treatment for impotence. NY: Brunner/Mazel, 1993.
Weiss P., Zvěřina J. Sexuální chování v ČR — situace a trendy. Praha: Portál, 2001.
Weiss P. Sexuální deviace. Praha: Portál, 2002.
Zemková P. Nástin sexuologie. Praha: Manus, 2001.
Zvěřina J. Sexuologie. Brno: CERM, 2003.

8.12. КБТ детей

Милош Шлепецки

8.12.1. Основные сведения

8.12.1.1. Описание и диагностика

Международная классификация болезней 10-го пересмотра различает расстройства психического развития F 80—F 89 и расстройства поведения и эмоций F 90—F 98. При расстройствах психического развития в лечении применяются принципы обучения, особенно при диагностике области F 81 — специфические нарушения развития школьных навыков, таких как специфическое расстройство чтения, написания и счета, и F 84, включающей аутизм у детей.

Диагнозы, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, подразделяются на поведенческие и эмоциональные расстройства. Это диагнозы F 90 — гиперкинетические расстройства, F 91 — расстройства поведения, F—92 смешанные расстройства поведения и эмоций, F—93 эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском возрасте, F—94 нарушение социальных отношений в

детском и подростковом возрасте, F—тиковые расстройства, F—98 другие расстройства поведения и эмоций.

Каздин (2004) говорит о:

1) *экстернализированных расстройствах.* Проблемы ориентированы на окружающую среду или на других людей. Это оппозиционное, гиперактивное, агрессивное и антисоциальное поведение, которое может быть включено в диагностические категории в качестве гиперкинетического синдрома и расстройства поведения;
2) *интернализированных расстройствах.* Характеризуются внутренним переживанием. Как следствие: тревожность, замкнутость и депрессия;
3) *проблемах со злоупотреблением определенными веществами.* Это злоупотребление алкоголем и другими веществами, вызывающими зависимость;
4) *расстройстве обучения и умственных способностей.* Это целый ряд проблем, связанных с интеллектуальной и школьной успеваемостью;
5) *тяжелой и постоянной психопатологии.* Например, шизофрения и аутизм.

8.12.1.2. Распространенность и развитие

Распространенность психических расстройств у детей и подростков составляет 10—33 %. Данные эпидемиологических исследований (Costello, 1989b) отмечают, что в возрасте 4—20 лет диагностируемые тревожные расстройства наблюдаются примерно в 12 % случаев, расстройство поведения — в 10 % случаев, гиперактивность с нарушением внимания — в 5 % случаев, депрессия, специфические нарушения развития, энурез и зависимость — в более чем 6 % случаев. Психотические расстройства, такие как аутизм, диагностируются менее чем в 1 % случаев. Приблизительно 10—15 % детей предоставляется профессиональная помощь.

Естественное развитие: предположение, что ребенок «вырастет» из своих проблем ошибочно. Долгосрочное наблюдение показывает, что эффект воздействия на серьезные психические расстройства у детей бывает неудовлетворительным. Многие пациенты имеют психиатрический диагноз в течение многих лет после его установления. Наблюдение за расстройством поведения указывает на большой риск ассоциального поведения в зрелом возрасте. Лишь менее 1/3 детей не страдают по достижении 4—5 лет каким-либо психическим расстройством. ГТР и ОКР сохраняются в 2/3 — 3/4 случаев, и при этом связаны с другими расстройствами и большими проблемами в адаптации. Детская депрессия имеет высокую вероятность излечения, но так же, как и у взрослых людей, повторяется. Наилучший прогноз имеет сепарационное тревожное расстройство и детские фобии, но они могут привести к другим психическим расстройствам.

8.12.1.3. Дифференциальный диагноз и коморбидность

Дети и подростки, как правило, не требуют психотерапевтической помощи сами и в рамках сотрудничества не всегда предоставляют соответствующую информацию. Было установлено, что родители и дети по-разному воспринимают одного и того же ребенка. Колко и Каздин (1993) обнаружили у детей 6—13-летне-

го возраста корреляцию 0,41 между родителем и учителем, 0,34 между ребенком и учителем и 0,27 между родителем и ребенком. Эксперты в случае экстернализированных проблем в большей степени соглашаются с беспокойством, чем при интернализированных эмоциональных проблемах, что усложняет процесс дифференциальной диагностики.

Коморбидность при детских расстройствах встречается часто. Андерсон (1987) указывает, что 55 % детей, которые соответствовали критериям какого-либо расстройства, диагностированного в соответствии с DSM-III, также соответствовали критериям, по меньшей мере, еще одного расстройства. Лечение детей с множественными расстройствами представляется более сложным и имеет худший прогноз.

8.12.1.4. Этиопатогенетические факторы

При нарушении развития мы находим в анамнезе подобные или связанные с ним заболевания, и предполагается, что в их этиологии важную роль играют именно генетические факторы. При специфическом расстройстве обучения было установлено, что соотношение мальчиков и девочек составляет 3:1, что указывает на важность X-хромосом. Селиковиц (2000) не считает, что негативные факторы в раннем детстве и в подростковом возрасте у детей со специфическими расстройствами появляются более часто. Даже способ, посредством которого воспитываются дети, не приводит к возникновению специфических расстройств обучения.

8.12.2. Точка зрения КБТ

8.12.2.1. Бихевиоральные факторы

Бихевиоральная терапия предполагает, что психические расстройства можно объяснить как результат несоответствующего обучения. Патологические формы поведения также вызывают такое действие, которое далее развивает и подкрепляет расстройство.

Основной признак бихевиоральных методов указывает на то, что расстройство действительно зависит от текущих или прошлых обстоятельств обучения, как недостаточного, так и несоответствующего. Методы КБТ можно относительно просто и объективно контролировать, к тому же данные методы становятся основным лечением при многих патогенетически неясных случаях. Основные виды обучения человека, используемые при терапии детского поведения — имитация, обусловливание и понимание.

Имитация (подражание)

Люди имеют склонность подражать другим людям, особенно, когда они субъективно воспринимают их поведение как ведущее к желаемым последствиям (вознаграждениям) или позволяющее избежать наказания. Подражание зависит от идентификации с образцом, и существенно обусловленной эмоциональной связью.

Обусловливание

Люди склонны вести себя таким образом, чтобы данная для них ситуация была связана с субъективными желательными последствиями, наградами, и в меньшей

степени заниматься тем, что в субъективном смысле не имеет последствий или же имеет субъективно нежелательные последствия, наказания. Это ожидание последствий возникает либо из собственного опыта, либо вследствие наблюдения за другими людьми. Обусловливание путем вознаграждения и наказания происходит спонтанно.

Бихевиоральная терапия расстройств, которые имеют свое начало в детском и подростковом возрасте, основывается преимущественно на принципах **оперантного** обусловливания. Оперантное поведение, по мнению Скиннера, — сознательное, управляемое волею поведение. Оно контролируется его последствиями. Поведение, которое уже было однажды продемонстрировано, не может быть изменено, так что его последствия может изменить лишь будущее поведение. Скиннер назвал процесс повышения и понижения вероятности поведения путем систематического упорядочения последствий «оперантным обусловливанием».

Подкрепление — каждое событие, которое следует за поведением. Единственный способ определить, идет ли речь о подкреплении, — процесс наблюдения за тем, какое влияние оказывают данные последствия на поведение, после которого они следуют. С детьми в процессе подкрепления мы должны придерживаться следующих принципов:

1. Подкрепление должно следовать сразу после данного поведения, чтобы оно имело максимальный эффект;
2. Подкрепление всегда должно следовать сразу после определенного поведения, которое мы хотим закрепить;
3. Подкрепление должно быть обусловлено целевым поведением. Условность (контингентность) значит, что мы требуем, чтобы сначала произошло поведение, а лишь потом подкрепление.

Последствия, которые отвечают определенным биологическим потребностям и оказывают влияние на поддержание или продление жизненного срока, являются универсальным подкреплением. Они представляют **первичное,** то есть безусловное подкрепление (пища, напитки, сексуальное стимулирование, тепло). Первичное подкрепление имеет укрепляющее действие, независимое от предыдущего обусловливания.

Похвала, внимание, деньги и другие виды подкрепления не имеют прямого отношения к биологическим потребностям. Тем не менее, они также имеют подкрепляющий потенциал, и о них говорится как о **второстепенном** или условном подкреплении.

События, которые являются подкреплением для детей, зависят от истории их подкрепления. Что может стать подкреплением для одного ребенка, не обязательно будет подкреплением для другого. Поэтому, мы говорим об **индивидуализации подкрепления.**

В тех случаях, где типичное условное подкрепление выражается неэффективно, целесообразно вернуться к первичному подкреплению, либо к тем условным подкреплениям, которые не являются типичными для данной ситуации. Эти подкрепления могут быть связаны с более распространенными подкреплениями, такими как похвала, внимание, привилегии, улыбка, хорошие оценки, пока не произойдет само подкрепление. Иногда необходимо словесную похвалу и внимание

соединять с объятиями, лаской по отношению к ребенку, который не реагирует на словесное обращение взрослого. Со временем, условное подкрепление стабилизируется, а физический контакт и прием пищи могут быть сокращены.

Подкрепления, которые закрепляют широкий спектр поведения, представляет собой **генерализованные** (общие) подкрепления. Похвала, симпатия, зрительный контакт и материальное стимулирование могут быть использованы при различных моделях поведения большинства людей.

Одна из причин, почему у людей хорошо функционирует генерализованное подкрепление, — факт, что они не впадают в состояние депривации и насыщения.

Депривация относится ко времени, которое прошло с момента последнего подкрепления. (Молоко и пироги будут хорошим подкреплением в четыре часа после полудня, чем сразу после обеда.)

Насыщение происходит в том случае, когда мы одновременно обеспечиваем слишком много подкрепления. Учитель, который часто хвалит учеников, может в какой-то момент осознать, что это похвала больше не эффективна. Некоторое подкрепление может даже стать наказанием, если мы его предоставляем в больших количествах в течение короткого времени (в том числе пищевые продукты).

Данная процедура также применяется при использовании метода **перенасыщения,** где терапевтически навязанным повторением нежелательного поведения происходит мотивационное перенасыщение все еще награждающими последствиями, пока эта деятельность не становится источником неприятных переживаний (усталости, скуки и т.д.), и ребенок не начнет избегать ее и заменять более подходящими альтернативами. Условием эффективности перенасыщения должно стать достаточно интенсивное и долгосрочное обучение, а его последствия должны быть ограничены действительно только награждающим событием, т. е., чтобы к ним не прибавились новые награды, например, повышенное внимание в связи с обучением.

В бихевиоральной терапии существуют две основные операции подкрепления: положительные и отрицательные. Обе они подкрепляют поведение, после которого следуют. Их нельзя заменять наказанием, которое имеет противоположный эффект и негативно влияет на поведение.

Положительное подкрепление — процесс добавления чего-либо желаемого. Например: учитель, хвалящий класс, который работает тихо, или отец, который дает своему сыну больше карманных денег за то, что тот помогает ему дома.

Преимущество данной методики состоит в том, что человек и ситуация, связанная с данным подкреплением, становятся **вторичным подкреплением.** Другими словами, работодатели, родители, учителя и дети, которые научились привносить хорошие вещи, становятся популярными и эффективными «подкрепителями».

Отрицательное подкрепление — процесс удаления чего-то плохого, что обусловлено желаемым поведением. Это значит, что человек подкрепляется за реакцию, потому что таким образом он избегает аверсивного стимула. Например, ребенок, который перестает плакать, когда родитель берет его на руки, учитель, который делает замечания ученикам до тех пор, пока в классе не станет тихо, или ребенок, который буйствует, пока родители не купят ему сладости.

В этих случаях, ребенок был подкреплен тем, что родитель взял его на руки, студенты за то, что сидели тихо, родитель, что купил сладости. Все избежали аверсивного поведения тем, что сделали.

Но и ребенок был подкреплен за то, что плакал, учитель за то, что делала замечания, ребенок за то, что злился. Вполне вероятно, что все они будут вести себя подобным образом и в будущем.

Недостаток процесса устранения чего-то отрицательного в том, что результатом окажется избегающее и защитное поведение. Это значит, что человек и состояние, связанное с этой ситуацией становятся **наказанием.** Другими словами, родители, учителя и дети, которые научились показывать что-либо нежелательное и наказывать после того, когда достигнут своей цели, становятся нелюбимыми.

Основой теории социального обучения становится тот факт, что учение происходит только тогда, когда у человека появляется возможность реагировать и принимать обратную связь, когда он дифференциально подкреплен и наказан за некоторые реакции. При обучении, учащийся должен иметь возможность **реагировать.** Во многих случаях, родители или учителя не дают детям возможность реагировать и потом удивляются, что обучение не происходит.

Мы помогаем обучению, как можно раньше предоставляя информацию о правильности или неправильности реакции. Чем раньше будет дана обратная связь, тем быстрее произойдет обучение.

Обучение новому поведению посредством формирования

Если мы хотим изменить поведение, то обычно заинтересованы в ослаблении или усилении данного поведения, которое показывает данный человек. Нас интересует этот вопрос по той причине, что это поведение происходит либо слишком часто, или очень редко. Посредством дифференциального подкрепления редко появляющегося поведения, мы обычно достигаем его соответствующего уровня, либо, с помощью угасания, наказания или дифференциального подкрепления неуместного поведения, можем снизить нежелательное поведение до приемлемого уровня.

Иногда мы сталкиваемся с ситуацией, в которой не происходит желательного поведения, либо это поведение происходит на таком низком оперантном уровне, что даже когда мы готовы подкрепить его, может случиться, что мы будем ждать целые недели, месяцы или даже годы, не обнаружив желательного поведения.

Формирование представляет собой процесс, в котором отдельные элементы поведения конкретного человека формируются в более сложные образцы. Отцы часто используют формирование, когда хотят научить своих детей ловить мяч. Сначала отец стоит очень близко к ребенку и лишь опускает мяч в его руки. Он хвалит ребенка за то, что он хорошо поймал его. Затем он постепенно отдаляется от ребенка, бросает мяч все быстрее и быстрее, пока ребенок (после долгой тренировки) не научится ловить мяч с большого расстояния.

Формирование представляет собой метод дифференциального подкрепления постепенных действий шаг за шагом, пока не будет достигнуто желаемое поведение.

Формирование состоит из нескольких этапов:

1. Определяем желаемое окончательное поведение и измеряем его оперантный уровень;
2. Устанавливаем первоначальное поведение, на которое способен ребенок, и которое похоже на ожидаемое конечное поведение;
3. Делим целевое поведение на отдельные шаги, причем начинаем с самого простого и заканчиваем ожидаемым поведением;
4. За каждый успешно выполненный шаг мы награждаем ребенка;
5. Если ребенок не справится с выполнением какого-либо шага, мы вернемся к более простому шагу, или разделим его на более мелкие шаги;
6. Мы продолжаем эту процедуру до тех пор, пока ребенок не будет вести себя ожидаемым способом, без предварительного подкрепления.

Процедуры, предназначенные для ослабления поведения. Ослабление поведения с помощью угасания

Иногда мы сталкиваемся с поведением, которое можно считать неуместным или даже деструктивным. Поэтому, очень важно знать методы по ослаблению или устранению такого поведения. Одно из наиболее эффективных средств — **оперантное угасание**. Если подкрепление не произойдет, то поведение смягчится. Мальчик, который провоцирует своих братьев и сестер, быстро перестанет это делать, если родители будут его игнорировать.

Процесс устранения или отмены подкрепления до тех пор, пока поведение не вернется на более низкий уровень, называется **угасанием.**

Когда люди начинают сознательно использовать метод угасания, чтобы ослабить определенное поведение, они должны:

1. Определить целевое поведение и измерить его основной уровень;
2. Наблюдать за последствиями, которые поддерживают поведение;
3. Обеспечить устранение подкрепляющих последствий;
4. Продолжать записывать эпизоды поведения, чтобы было видно, ослабевает оно или нет.

Оперантное угасание может быть очень эффективным, так как оно позволяет избежать проблем осуществления наказания и его последствия, как правило, имеют долгосрочный характер.

Однако могут возникнуть следующие трудности:

Многократное подкрепление

Поведение, которое мы хотим устранить, может быть многократно подкреплено. Учитель, делающий замечание мальчику, который мешал учебному процессу, издавая различные звуки, решила использовать планируемое игнорирование его поведения, потому что обнаружила, что ее замечания фактически действуют в качестве подкрепления. Однако она заметила, что когда мальчик в классе издает звуки, другие ученики смеются и толкаются. Ей не удалось осуществить процесс угасания, пока класс не начал с ней сотрудничать.

Сначала усиление, затем ослабевание

При угасании сначала повышается интенсивность и частота поведения, только потом происходит ослабевание. Эта крайне важная характеристика угасания удивила многих родителей, которые пытались применить этот метод.

Агрессия

Во время угасания люди иногда ведут себя агрессивно. Мы можем наблюдать это, когда кто-либо бросает монету в автомат и ничего не выпадает. Он несколько раз нажимает на кнопку, чтобы вернуть деньги, бьет по аппарату, иногда пинает его и осыпает проклятиями. Так как известно, что наряду с угасанием происходит агрессивное поведение, необходимо подготовиться к нему и разработать план действий, если такое произойдет.

Ослабление поведения посредством несовместимого поведения

Если мы пытаемся ослабить поведение с помощью угасания, желательно и очень эффективно, когда мы одновременно систематически подкрепляем другое поведение. Это важно, потому что:

1. Это позитивный подход. Человек подкрепляется желательным, а не отрицательным поведением;
2. Помогает отличить, какое поведение подходящее, а какое — нет;
3. Дает человеку возможность альтернативного поведения, которое может быть подкреплено.

Более правдоподобно, что нежелательное поведение вновь не вернется. Этот подход используют родители, которые уделяют больше внимания детям, когда они играют или выполняют домашние задания, чем когда они дерутся, плачут, или ведут себя каким-либо другим неподобающим образом.

Ослабление поведения посредством наказания

Наказание — способ преследования поведения каким-либо последствием, которое, на самом деле, должно немного ослабить его, соответственно, сократить вероятность появления в будущем. Поэтому, каждое событие, которое ослабляет интенсивность поведения, после которого оно следует, называется наказанием.

Одним из способов определения, окажется ли последствие наказанием (аверсивный или карательный стимул), может стать наблюдение за его влиянием на поведение, после которого оно происходит. Если мы будем применять электрический ток всякий раз, когда животное нажмет на рычаг в клетке, то достигнем уменьшения количества нажатий. Ученик, которому учитель делает замечание по поводу его плохого поведения на уроке, возможно, перестанет так себя вести.

Тот, кто решил ослабить поведение посредством наказания, должен убедиться, что выбрал действительно эффективный способ наказания. По этой причине необходимо придерживаться подобных принципов, как при подкреплении:

1. Измерить оперантный уровень поведения (получить основу);
2. Использовать потенциальное наказание и наблюдать за его результатами и влиянием на поведение;
3. Использовать научный проверенный подход для определения, произошло ли изменение на основании данного метода.

Самый быстрый способ для ослабления поведения — строгое наказание.

Необходимо осознать, что наказание ребенка за неподобающее поведение еще не значит, что ребенок начнет вести себя должным образом. Ребенок может перестать вести себя неподобающим образом, но не начать вести себя так, как вы от него добиваетесь. Ребенок, который был в школе наказан за общение с дру-

гими учениками во время урока, перестанет разговаривать, но не начнет заниматься обучением. Кроме того, люди, за которыми осуществляется контроль посредством наказания, могут вести себя подобающим образом, только когда наказывающее лицо присутствует где-то рядом, но как только его не станет, например, когда смотритель, родитель или учитель выходят из комнаты, вполне вероятно, что ребенок будет снова вести себя неадекватно.

Наказание следует использовать только в той ситуации, в которой мы хотим остановить потенциально опасное поведение, либо такое поведение, которое предотвращает проявление надлежащего поведения. При применении наказания очень важно следить за тем, чтобы надлежащее поведение как можно скорее было подкреплено.

Одной из основных проблем, связанных с использованием наказания при модификации поведения может оказаться то, что наказывающее лицо становится условным или вторичным наказанием. Таким образом, учитель в школе или родитель дома может стать карательным импульсом, который инспирирует ребенка на побег или на избегающее поведение.

Некоторые эффективные карательные процедуры. Расплата за реакцию

Этот метод использует определенные карательные изменения в поведении, приводящие к снижению соответствующего уровня нежелательного поведения, которым они обусловлены. Расплата за реакцию — ребенок должен 50 раз кулаком ударять в подушку всегда, когда он причудливо начинает размахивать руками.

Исключение, Тайм-аут

Метод, когда возможность для подкрепления откладывается на определенный период. Типичные примеры: изоляция ребенка от сверстников, когда он разбрасывает еду в столовой, или хоккеист, который отправляется на штрафную скамью каждый раз, когда сбивает противника.

Чрезмерное исправление

Чрезмерное исправление считается еще одним методом ослабления целевого поведения. Оно требует, чтобы ребенок сделал больше, чем необходимо для исправления ситуации, которая возникла после неадекватного поведения. Например, мальчик, который плюет на пол, не только должен вытереть место, куда он плюнул, но должен помыть и отполировать весь пол на этаже.

Правила соблюдения этого метода должны включать:

1. Ясное определение поведения, за которое будет следовать наказание;
2. Метод должен быть в прямой зависимости от целевого поведения;
3. Задание для исправления должно занимать у наказанного много времени и быть трудоемким.

Правила при использовании наказания

1. Определите целевое поведение таким образом, чтобы наказуемый и наказывающий точно знали, о чем идет речь;
2. Используйте наказание сразу же после возникновения поведения;

3. Используйте данный метод всякий раз, когда появляется данная манера поведения;
4. Вводите метод без эмоций, спокойно и естественно;
5. Наказание используйте только тогда, когда необходимо ослабить или устранить данное поведение, или в случае, когда более положительные методы оказались не эффективны;
6. Слишком частое применение наказания может впоследствии привести к побегу, избеганию и агрессивному поведению. Наказывающий, таким образом, подвергается опасности, что сам может стать условным наказанием.

Хотя положительные методы являются самыми эффективными, существуют случаи, когда наказание может стать моральным и этическим альтернативным вариантом. Например, родитель не может позволить себе не наказывать ребенка за то, что он выбегает на дорогу. Если он это не сделает, может произойти травма или смерть ребенка.

8.12.2.2. Когнитивные факторы

Когнитивная терапия призывает систематически определять мысли, противостоять им и создавать альтернативные способы мышления. Этот процесс предполагает определенную степень зрелости и способность решать абстрактные ситуации, т. е., разные точки зрения на отдельные события или создание альтернативных вариантов. До сих пор точно неизвестно, в каком возрасте дети уже достаточно когнитивно созревают, тем не менее, применение когнитивных процессов у детей младшего возраста расширяется. Обзор 101 исследований КБТ показал, что у детей в возрасте младше 9 лет эффект значительно понижен (Stallard, 2002).

Уровень когнитивной зрелости в возрасте 7—12 лет для некоторых когнитивных методов считается достаточным. Материалы должны соответствовать возрастному уровню ребенка. При работе с младшими детьми используются конкретные методы с ясными и простыми инструкциями, в то время как у подростков можно использовать более сложные процессы, такие как идентификация дисфункциональных предположений и когнитивная реструктуризация.

Когнитивная терапия должна быть веселой, интересной и увлекательной, с материалами и представлениями, соответствующими этому возрасту. Многие когнитивные принципы мы можем представить детям в форме игры. Например, концепцию автоматических мыслей и действий (сделать что-то без раздумий), а также опосредованных мыслей (приказ или распоряжение, которые мозг отправляет телу), мы может объяснить детям посредством игры в солдатиков, где вожатый (мозг) отправляет приказы своим воинам (телу). Подобным образом, автоматические мысли мы можем объяснить с помощью рисования реки. Река может течь в ту сторону, какую она захочет (автоматические мысли), или мы может изменить течение реки, таким образом, каким захотим мы (управляемые мысли).

При описании абстрактных представлений помогают метафоры. Например, в случае агрессивного ребенка, его гнев может быть сравнен с вулканом, который усиливается, пока не взорвется. Такое размышление поможет ребенку искать варианты, как остановить этот вулкан. Подобным образом, мы можем использовать метафору с лентой, играющей в голове ребенка при описании автоматических

мыслей, или какую-либо видеозапись для понимания навязчивых мыслей. Такие метафоры помогут в создании стратегии самоконтроля. Ребенок может контролировать свои автоматические мысли и навязчивые представления таким образом, что представит выключение кассеты у себя в голове.

Использование позитивных образов помогает преодолеть страх, когда ребенок представляет себе, что он какой-либо сказочный или комичный персонаж, который обладает способностями, необходимыми для преодоления своих трудностей. Метод эмоциональных образов (метод разработал Lazar и Abramovitz) используется для преодоления боязни темноты. Положительное копирование представлений должно быть приспособлено к возрасту ребенка и построено на его существующих интересах и воображении.

8.12.2.3. Когнитивная терапия детей до 12 лет

Предпосылкой должна стать возможность детей определять и вербализировать свои мысли, быть в состоянии создавать альтернативные варианты, осознавать свои различные ощущения и понимать в различных ситуациях связь между мыслями и эмоциями.

Определение и вербализация своих мыслей: Скажи мне, что ты думаешь.

Разговор может представить достаточно ценную информацию о мыслях ребенка, о том, что он говорит сам себе. Самым простым способом становится вопрос, заданный ребенку: «Что ты думаешь?» или «Какие мысли у тебя возникли, когда ты впервые увидел меня?» Некоторые дети в состоянии сформулировать и определить мысли относительно когнитивной триады. Они указывают на мысли, связанные с восприятием самого себя («Я чувствую себя глупо, когда говорю с вами; Вам наверно кажется, что я идиот, потому что боюсь этого»), с тем, что мир несправедлив («Из—за того, что я должен был прийти сюда, я пропустил футбольную тренировку; Это у моей мамы есть проблемы, а не у меня. Разговаривайте с ней, а не со мной»), или в связи с будущим («Я не думаю, что это имеет какой-либо смысл, находиться здесь, все равно ничего не изменится»).

Многие дети на прямые вопросы реагируют примерно так: «Я не знаю», или «Я ни о чем не думал». Это не обязательно значит, что ребенок не хочет говорить о своих мыслях, скорее это указывает на необходимость выбора косвенного подхода.

Косвенный подход: Опишите какую-либо недавнюю проблемную ситуацию

Маленьким детям это сделать проще. Предложите им описать или нарисовать ситуацию, и когда они рассказывают или рисуют, обратите внимание на то, способны ли они изложить то, что происходит и указать некоторые из своих мыслей. Ребенок должен поведать о том, какие мысли возникли у него перед событием, во время него и после события, и таким образом мы узнаем, что ребенок говорит сам про себя. Этого можно достичь правильно подобранными вопросами во время разговора.

В качестве примера мы приведем разговор с восьмилетним Мишей, который недавно подрался в школе.

Терапевт: *Миша, расскажи мне что-нибудь о драке в школе.*

Миша: *Ярик начал. Он толкнул меня, и я в ответ ударил его.*

Терапевт: *Как это началось?*
Миша: *Он оскорбил меня.*
Терапевт: *Он тебя часто оскорбляет?*
Миша: *Нет*
Терапевт: *Как ты думаешь, почему он тебя оскорбил?*
Миша: *Я не знаю. Наверное, он ненавидит меня.*
Терапевт: *Он ненавидит только тебя, или и других детей в школе?*
Миша: *Нет, только меня. Всех остальных он любит.*
Терапевт: *С другими детьми Ярик дерется?*
Миша: *Да. Он все время дерется.*
Терапевт: *Он любит детей, с которыми он дерется?*
Миша: *Я не знаю. Я думаю, что он ненавидит только меня.*
Терапевт: *Как ты думаешь, что может произойти, когда вы в следующий раз встретитесь?*
Миша: *Он ударит меня. Вот почему я собираюсь ударить его первым.*

Этот разговор показывает, как Миша размышляет. Он думает, что Ярик его ненавидит и снова будет его бить.

Что бы мог подумать кто-то другой?

Младшие дети могут испытывать трудности с описанием своих мыслей, но они могут рассказать, что думает кто-либо другой. Можно создать и разыграть с куклами ситуацию, которая проблематична для ребенка, и во время игры попросить ребенка показать или рассказать, о чем думают куклы.

Также можно использовать более структурированный альтернативный вариант и предоставить ребенку несколько версий, из которых он сможет выбирать. Анкета атрибутивного стиля обеспечивает ребенку 12 возможностей, и ребенок должен сделать выбор, какое из четырех вероятных последствий (его недостатки, усилия, удача или сложность задачи) вызвало данное событие.

Пузыри мыслей

Еще одним вариантом являются пузыри мыслей, которые мы знаем из комиксов. Ребенок должен сказать, о чем персонажи могут думать. Кендал (1992) использовал их в своей Coping Cat Programme при лечении тревоги. Высказывания могут представлять собой полезный терапевтический материал.

Создание альтернативных вариантов

Гипотетические ситуации

Доухерр (1999) разработал серию простых гипотетических ситуаций для оценки способности ребенка находить альтернативные варианты в определенных ситуациях. Например, ребенок на детской площадке поздоровается со своим другом, но тот быстро убежит. Затем мы попросим ребенка придумать как можно больше возможных объяснений того, что произошло. Этот метод также используется для определения способности ребенка решать проблемы. Preschool Interpersonal Problem — Solving inventory содержит серию изображений с некоторыми из проблем, и ребенку предлагают придумать как можно больше возможных решений (Spivack и Shure, 1974).

Креативные изображения

Мы предоставим ребенку серию изображений или рисунков, в которые он должен дорисовать или дописать как можно больше вариантов того, что люди могут думать. Например, ребенок заполняет пузыри мыслей таким способом, что нарисует или напишет то, что может думать человек, несущий тяжелый пакет.

Куклы и игры

Мы можем разыграть сложную ситуацию, спрашивая ребенка во время игры, что кукла или игрушка могут думать о том, что произошло. Иногда дети дошкольного возраста не могут понять, что кукла может быть предметом (игрушка), так и символом (воплощение их самих).

Осознание эмоций

Задача научить детей различать эмоции должна стать важной частью многих программ. Детей просят поймать свои чувства и описать их. Маленькие дети, которые пока не могут выразить словами свои чувства, в состоянии их нарисовать. Также мы подробно расспрашиваем, если это, например, «гнев от гнева», «печальный гнев», или «злость от страха». Чтобы выяснить, способен ли ребенок определить чувства других людей, следует использовать викторины и игры. Мы покажем ребенку картинки людей в разных эмоциональных состояниях и попросим его определить, что они испытывают. Подобным образом, терапевт может сыграть различные виды эмоций и спросить ребенка, как он их может назвать.

Мысли, чувства и события

Использование викторин и головоломок позволит определить, способен ли ребенок осознать различные эмоции в разных ситуациях. Можно показать ребенку, например, серию карт с разными чувствами (например, страх, счастье, гнев). Затем попросить его выбрать карту, которая лучше всего отвечает его чувствам в различных ситуациях (первый день в школе, игра с другом). Ребенок также может определять свои чувства при разных мыслях («Я думаю, что сделаю это неправильно; Я думаю, что в эту игру я играю отлично; Я думаю, что друзья будут издеваться надо мной»). При этом задании мы можем использовать куклы. Ребенок должен описать, как его кукла чувствует себя в различных ситуациях (например, когда над ней смеются, или, когда друг приглашает ее на празднование своего дня рождения).

8.12.2.4. Когнитивная терапия с участием подростков

При проведении когнитивной терапии подростков необходимо учитывать специфические моменты развития, которые могут повлиять на этот процесс. Бэлшер и Уилкс (1994) сообщают о следующем.

Принятие направленности подростка на самого себя

Подростки часто сосредоточены на самих себе, с неохотой понимают и принимают мнения других людей. Поэтому важно, используя целенаправленные вопросы, узнать их точку зрения и не оспаривать их мнение. Таким образом, мы даем им сигнал, что их выслушают и будут уважать, как значимых людей с собственными интересами и исключительным восприятием. В противном случае они выражают несогласие и склонны к ссорам. При работе с подростками необходимо

уважать их самостоятельность и ставить перед ними похожие задачи с возможностью непосредственно выбрать метод их осуществления.

Поддержание сотрудничества

КБТ — процесс сотрудничества, хотя дети и подростки по отношению к взрослому терапевту часто находятся в подчиненном положении. Власть и статус между подростком и терапевтом должны быть четко обозначены, и сознательные усилия должны быть сосредоточены на создании равноценных отношений.

Терапевт должен уметь работать с подростками, чтобы помочь им преодолеть проблемы, которые они сами считают наиболее важными. Терапевт создает основу, которую молодой человек может изучать, понять и принять новые способы мышления и поведения. Этот процесс взаимного сотрудничества призывает молодого человека задуматься о своих проблемах и трудностях и искать пути их решения. Молодой человек, таким образом, играет ключевую роль в определении целей и реализации решений. Терапевт может улучшить сотрудничество, выступая в качестве адвоката при сопоставлении мнения подростка с мнением других авторитетных людей.

Оставаться объективным

Хотя терапевт иногда выступает в качестве защитника, очень важно, чтобы он всегда оставался объективным. Подростки, как правило, слишком самоуверенны, часто имеют очень твердое мнение и с большим трудом смотрят на вещи с точки зрения других. Также может случиться, что молодой человек будет заставлять терапевта согласиться с его субъективным мнением или одобрить его.

Терапевт должен оставаться объективным и придерживаться модели сотрудничества, с помощью которой призывает молодого человека изучать свои собственные мнения и искать доказательства, которые поддерживали бы их или поставили под сомнение.

Использование сократических вопросов

Дети и подростки часто бывают пассивными и, как правило, не выражают свое мнение и представления. Они могут чувствовать, что их мнения не имеют никакого значения или они являются плохими, и ожидать, что терапевт сам им скажет, что они должны сделать. Сократический диалог стал распространенным способом преодоления этого препятствия с помощью серии вопросов. Молодому человеку необходимо помочь изучить, объяснить или оспорить его мнение.

Вопросы являются весьма конкретными и часто связаны с определенными событиями. Таким образом, вместо общих вопросов, таких как: «Что вчера случилось в школе?», мы можем задать конкретный вопрос: «Как ты думаешь, что Миша от тебя хотел, когда пришел за тобой во второй половине дня на детскую площадку?».

Мы можем стимулировать подростков выражать свое мнение, задавая разные варианты вопросов. Будет уместно спросить, например: «Вероятно, существует больше возможностей, которые следует рассматривать... что бы сделал ты?» Мнения о том, что некоторые ситуации невозможно объяснить, можно избежать с помощью утверждения типа «Не могу ничего придумать, у тебя есть какие-либо

мысли по этому поводу?» Рассмотрение противоположного тому, что сказал молодой человек, подтверждает интерес терапевта к нему, а также позволяет поставить под сомнение неясные моменты и несоответствия. «Могу я проверить, правильно ли я тебя понял? Ты мне сказала, что у тебя нет ни одной подруги, но Катя тебя позвала к себе в гости. Катя не является твоей подругой?»

Противостояние дихотомическому мышлению

Способ мышления «все или ничего» встречается у подростков довольно часто и, как правило, отражает драматические изменения, с которыми мы сталкиваемся в процессе любого сеанса. Иногда подросток может вести себя угнетенно или беспокойно, а в следующий раз — быть счастливым и спокойным. Эти изменения часто ставят терапевта в тупик, когда возникает вопрос целесообразности продолжения КБТ. Хотя мы можем достичь довольно длительного улучшения даже после относительно небольшого количества сеансов, речь идет скорее о мнимом улучшении в результате дихотомичного мышления.

Действенным способом, с помощью которого следует поставить под сомнение дихотомическое мышление, являются оценивающие шкалы. Они помогают подростку осознать, что мир не бывает черно-белым и располагается между двумя крайними точками. Существует большое множество позиций, где шкалы могут быть использованы для измерения интенсивности чувств, веры в истинность мыслей, степени ответственности и вины.

Бэлшер и Уилкс (1994) также указывают на важность выражений, которые употребляет терапевт. Выражение в терминах «хороший» или «плохой» подразумевает дихотомическую классификацию, использование терминов «лучше» или «хуже» создает впечатление постепенного континуума.

Привлечение других авторитетных людей

Подростки функционируют внутри сложной социальной системы, которая включает семью, друзей и школу. Важно определить и применить терапевтическим способом данную систему. Например, в случае подростков, принимающих участие в программе для преодоления агрессии, необходимо информировать классного руководителя о том, чтобы она позволяла детям покинуть класс, когда они начинают вести себя агрессивно. Аналогичным образом привлечение на сеанс других значимых для ребенка людей (родителей, друзей) может обеспечить дополнительную перспективу, которая поможет молодому человеку проверить и повторно оценить собственные познания.

8.12.2.5. Наиболее распространенные проблемы при когнитивно-бихевиоральной терапии детей и подростков

Некоммуникативные дети

Процесс КБТ детей — менее дидактический, чем со взрослыми, и дети во время терапии ведут себя пассивнее. Поэтому терапевт должен приложить больше усилий и приспособить лечебные материалы таким образом, чтобы они были понятны детям. Он в большей степени использует невербальные методы и материалы, причем дети, как правило, выражают свои мысли и чувства во время игры или рисования. Тем не менее, иногда дети молчат и на вопросы отвечают неясным и

неопределенным образом. В этом случае, терапевт может попытаться угадать, как ребенок мог бы ответить на его вопросы. Если молодой человек неохотно говорит сам о себе, мы можем с ним обсудить подобные проблемы, касающиеся кого-то другого, либо разыграть эту проблему с помощью кукол. В некоторых случаях, помогает смена обстановки, поход за мороженым или прогулка, когда появляется возможность наблюдать, будет ли ребенок лучше общаться или нет.

Пациенты, которые не идут на контакт

В большинстве случаев сами дети не просят о психологической помощи, а направляются на лечение кем-нибудь из близких людей или каким-либо другим специалистом. КБТ, однако, требует сотрудничества пациента, и если ребенок не способен установить проблему и определить цель, применение КБТ становится под вопросом. Эта ситуация должна быть тщательно проанализирована, потому что неспособность ребенка определить положительные цели может быть результатом его предыдущего негативного опыта («Так всегда было и будет»). Если мы поможем ребенку создать реалистичные альтернативные варианты, он может начать верить в улучшение. В мотивационном разговоре используются обычные методы (сопереживание, уважение, активное слушание) и когнитивно-бихевиоральные методы (положительная реструктуризация), чтобы повысить интерес ребенка к переменам. Мы просим ребенка сказать, как он сам воспринимает ситуацию и свою позицию. Терапевт внимательно слушает ребенка и подкрепляет положительные проявления мотивации.

Отсутствие ответственности за достижение изменений

Дети и подростки в состоянии определить свои проблемы и определить цели их решения, однако, они не чувствуют ответственности за их достижение. Иногда это связано с их атрибутивным стилем («Это я таким родился», или «Если бы учителя ко мне не приставали, у меня бы не было проблем»). Следует оценить, так ли это в действительности, или речь идет об их искаженном восприятии. Чтобы быть включенными в программу КБТ, молодые пациенты должны соглашаться с тем фактом, что они сами могут способствовать возникновению проблемы.

Привлечение родителей в процесс терапии

Существует все больше доказательств того, что привлечение родителей в процесс КБТ их детей может повысить эффективность терапии (Stallard, 2002). Родители могут стать посредниками, котерапевтами и пациентами. Их основная роль в качестве посредников заключается в том, чтобы помочь перенести полученные на терапевтическом сеансе навыки в домашние условия. Они могут оценить сложные ситуации, помогать своим детям, стимулировать, тренировать новые навыки и выполнять задания. В качестве котерапевтов они имеют более активную позицию, направляют, контролируют и оценивают, как их ребенок использует когнитивные навыки. Стимулируют и помогают своему ребенку справиться с проблемой. Родители также могут стать пациентами и учиться новым стратегиям, которые помогут им справиться со своими собственными проблемами (например, бихевиоральное управление, преодоление тревоги).

Сотрудничество терапевта с ребенком и родителем

Перед терапевтом стоит задача выслушивать, проявлять интерес и поддерживать беспристрастную, объективную и незаинтересованную позицию. Динамика внутри семьи бывает сложной, и иногда может сложиться такое впечатление, что ребенок несет ответственность за все проблемы. В этой ситуации индивидуальная КБТ будет неподходящим и неэффективным методом лечения. Терапевт должен оценить, являются ли когнитивным искажением замечания ребенка о том, что родители до сих пор пренебрегают им, или являются точным отражением неблагополучной семьи. Исходя из этого терапевт приходит к выводу, окажется ли подходящей индивидуальная КБТ или системный подход.

Проблемы при определении мыслей

Дети и подростки часто имеют проблемы с определением и объяснением своих мыслей, особенно, когда мы спрашиваем их напрямую. Внимательное выслушивание терапевта раскрывает их предположения и убеждения. Если во время разговора выявляется что-либо важное, терапевт может остановить разговор и указать на этот факт. Например, терапевт выслушивает описание последних, эмоционально значимых ситуаций, а затем, резюмирует ключевые эмоции и связанные с ними мысли.

Дети и подростки часто путают свои мысли и эмоции. Бэльшер и Уилкс (1994) рекомендуют во время сеанса обращать внимание на изменение эмоций пациента и совместно с ребенком определять связанные с ними мысли (например: «Кажется, что ты думаешь о чем-то, что заставляет тебя беспокоиться»). Терапевт может использовать сократические вопросы или предложить различные варианты, с которыми молодой человек может согласиться, либо не согласиться. С помощью наблюдения и тщательного опроса мы сможем определить и выразить когниции, которые находятся на заднем плане эмоций.

Невыполнение домашнего задания

КБТ — активный процесс, требующий сбора информации вне терапевтических сеансов. Хотя некоторым детям и подросткам нравится мониторинг в домашней обстановке, другие не хотят выполнять задания и через некоторое время перестают это делать. В этом случае терапевту следует открыто поговорить с ребенком о заданиях, объяснить ему важность их выполнения и согласовать с ним уровень, с которым он сможет справиться. Иногда даже лучше вовсе не говорить о домашних заданиях, некоторые дети предпочитают использовать компьютер, отправлять электронное письмо со своими мыслями или делать записи непосредственно с помощью диктофона. Делание записей не должно быть неизбежным условием использования КБТ. Опыт, мысли и чувства детей, которые не в состоянии выполнять записи, мы можем определять и обсуждать в рамках сеанса. Мы попросим их описать свою недавнюю проблемную ситуацию, а затем приступить к исследованию мыслей и чувств, которые возникли во время нее.

Ограниченные когнитивные навыки/ вербальные способности

Включение пациента в программу КБТ требует наличия базового уровня его когнитивных и вербальных навыков, навыков, касающихся памяти, и, следова-

тельно, дети с серьезными проблемами в развитии могут не справиться с данной терапией. Тем не менее, необходимо определить, связано ли это с ограниченными когнитивными способностями ребенка, или эти когнитивные задачи находятся не на том уровне, который позволил бы детям добиться успеха. Предоставление информации в визуальной форме, использование простого языка и презентация абстрактных представлений или концепций конкретными способами может облегчить людям с проблемами в обучении включение их в процесс КБТ. Проблемы с памятью могут быть преодолены с помощью визуальных ключей и подсказок. Например, ребенку, который учится использовать семафоры в качестве способа решения проблемы (красный — стоять и ждать, оранжевый — быть готовым, зеленый — идти), об использовании этого метода могут напоминать цветные полоски, приклеенные к карандашу.

Краткие интервенции

Дети и подростки в большей степени заинтересованы в немедленном решении актуальных проблем вместо того, чтобы заниматься какой-либо долгосрочной работой. Поэтому мы поддерживаем и развиваем когнитивные навыки и не слишком исследуем основные предположения или позиции. Благодаря сосредоточенности на проблемах в режиме реального времени, для детей устанавливается гораздо меньше сеансов, чем для взрослых. Хотя рекомендуется распределять терапию детей на 12—16 программных сеансов, терапевтический опыт показывает, что фактическое число сеансов значительно ниже. Существенные изменения могут быть достигнуты уже после 6 сеансов или раньше.

8.12.2.6. Терапевтические интервенции

При КБТ детей можно применить целый ряд методов. Многие из них направлены на оказание влияния на явное поведение — например, обучение по образцу, постепенная практика и обучение навыкам. Другие направлены на изменения в поведении и эмоциях путем воздействия на способ мышления пациента (Mahoney, 1977; Dobson, 1988).

Обучение самоинструктированию

Обучение самоинструктированию — один из самых популярных методов КБТ и используется при многих расстройствах в детском возрасте. Взрослых пациентов мы учим использовать самоинструктирование таким образом, чтобы при выполнении конкретной сложной задачи оно помогало им и, таким образом, изменились чувства, которые они испытывают в процессе его реализации. Взрослые часто воспринимают самоинструктирование, как нечто неестественное, и имеют против него определенные возражения. Дети воспринимают его как нечто более естественное, так как они часто разговаривают сами с собой во время какой-либо игры, при обучении некоторым новым навыкам, или когда им скучно. Существует несколько способов обучения детей самоинструктированию. В неинтерактивной форме терапевт рассказывает ребенку, что он должен делать и что говорить, т. е., ребенок получает указание неоднократно проводить конкретную деятельность, и в то же время говорить себе, что необходимо делать. В интерактивной форме, ребенок учится самоинструктированию в качестве навыка совместно с другими методами самообладания, такими как самонаблюдение, самооценивание

и самоуважение (Kanfer, 1977). Третий способ предполагает метод обучения в соответствии с образцом, на основании подражания и демонстрации. Вначале терапевт сам демонстрирует желательное поведение, и, одновременно, вслух произносит инструкции, в то время как ребенок будет выполнять требуемое действие. В конечном итоге, ребенок самостоятельно продемонстрирует соответствующие инструкции и выполнит задачу.

Неотъемлемая часть практики внутреннего монолога у детей — предупреждение о том, чтобы они были честными и не обманывали сами себя. Они не должны говорить себе «я не боюсь», когда на самом деле боятся, а использовать внутренний монолог таким образом, чтобы он помог им в преодолении этого страха: «Хотя я испытываю страх, я смогу его преодолеть, это не так ужасно, я смогу это сделать». Дети воспринимают эти инструкции буквально и легко могут научиться применять такой внутренний монолог в жизни. Тем не менее, следует заранее уведомить родителей и учителей об использовании этого метода.

Изменение автоматических мыслей

Основной метод когнитивной терапии А.Т. Бека (Beck и др., 1979; Beck, Emery и Greenberg, 1985) заключается в том, что пациент учится менять свои привычные, автоматические мысли на более соответствующие, сознательные и преднамеренные. На первый взгляд это выглядит очень сложным, но дети в состоянии научиться менять свои автоматические мысли, если терапевт использует соответствующие примеры и аналогии.

Шкалирование

Шкалирование — метод, помогающий ребенку более реалистично воспринимать свою проблему и улучшающий его самооценку, так как он научается оценивать себя самого, как в сравнении с другими, так и с предыдущим периодом, со своими ожиданиями или в связи с изменчивостью проблем. Эта оценка помогает ребенку изменить свое восприятие «все или ничего» и понять, что серьезность проблемы находится где-то между этими двумя крайностями, и что во многих случаях его ситуация лучше, чем у других, или лучше, чем была раньше. Еще один способ использования метода шкалирования заключается в том, что определенное понятие разделяется на отдельные компоненты, и каждое из них оценивается отдельно.

Воображение

Многие методы, направленные на повышение способности самоконтроля, используют воображение для преодоления таких проблем, как страх и тревога. Взрослым людям, как правило, необходимо потренировать воображение и понять, что речь идет о первом шаге по решению проблем в реальных ситуациях. В отличие от этого, дети в состоянии использовать воображение конкретным способом и естественным образом используют его в своей повседневной жизни. Когда ребенок боится, что ночью к нему в постель может пробраться какой-либо ужасный зверь, не имеет никакого смысла объяснять ему, что в городе не живут никакие опасные животные. Гораздо эффективнее научить его представлять себе, что для защиты он имеет в наличии пистолет или меч. Очень действенным способом помощи детям в преодолении своих проблем может стать их представление себя героями каких-либо фильмов или, что у них есть особые способности.

Практика решения проблем

Способность решать проблемы должна стать необходимой для освоения социальных и межличностных ситуаций, и ее можно воспринимать, как возможность понимать межличностные конфликты. Спивак и Шур (1974) описали развитие отдельных когнитивных способностей, используемых при решении межличностных проблем, при нарушении которых возникают трудности в адаптации к нормальным ситуациям. К ним относятся: способность воспринимать межличностные проблемы, каузальные мысли, готовность рассмотреть последствия своего поведения, умение придумать несколько возможных решений и способность продвигаться для достижения определенной цели шаг за шагом.

Процесс решения проблем мы можем объяснить детям посредством игры (особенно в группе). Со временем, они смогут применять этот метод в своей повседневной жизни. Самый простой способ научить детей этим навыкам (в соотв. с Kendall и Braswell, 1985) — метод обучения по образцу:

а) терапевт сначала скажет детям, что им необходимо сделать, в то время как они только перечисляют примеры проблемных ситуаций;
б) дети получат карточки с указаниями, которые читают вслух, чтобы они знали, что им делать в данной ситуации;
в) дети говорят сами себе, что им необходимо сделать, терапевт контролирует их в это время;
г) дети самостоятельно тренируют весь процесс решения проблем, не получая письменных или устных указаний.

Когнитивная реструктуризация

Когнитивная реструктуризация — метод, основанный на предположении, что проблемы пациентов часто вызваны их магическим мышлением или иррациональными представлениями. Некоторые из этих представлений приводят к тому, что больные осуждают самих себя, либо начинают злиться на других людей. Терапевт помогает пациенту рассмотреть эти мысли и изменить их. Основной метод заключается в словесном убеждении и доказательствах при использовании сократического диалога.

Когнитивная реструктуризация — метод, направленный на создание новой оценки фактов и устранение старых предрассудков. Благодаря ей дети учатся общим принципам решения проблем, креативного мышления и толерантности по отношению к фрустрации. В то же время они учатся систематически работать с различными сложными задачами. В рамках данного метода дети учатся определять и заменять отдельные иррациональные выводы и когнитивные искажения, могущие стать для них типичными, на более логичные и соответствующие.

Методы, направленные на улучшение самоконтроля

Один из основных методов, применяемых при КБТ, — практика самоконтроля, которая заключается в самонаблюдении и самооценивании (Ronen, 2000).

Самонаблюдение

Цель КБТ предполагает обучение пациента осознаванию того, как он ведет себя и что он хочет в себе изменить. Таким образом, первым важным шагом в терапии должна стать попытка больного понимать свои собственные эмоции и

поведение. Большинство терапевтических процедур начинается с определенной формы самонаблюдения, в которой пациент учится вести записи или дневник своего собственного поведения. Пациент может начать самонаблюдение уже на стадии обследования, что позволит нам определить начальное состояние его проблем. В процессе терапевтической интервенции данные записи используются для оценки достигнутого прогресса и помогут ребенку поддерживать изменения после завершения терапии.

Наблюдение за собственным поведением может предоставить немотивированным детям конкретные доказательства того, что у них на самом деле присутствует проблема. Хотя самонаблюдение считается трудным процессом, дети способны ему научиться (Gross и Drabman, 1982). Методы самонаблюдения следует объяснять детям путем сравнения и на простых примерах.

Если у нас есть хоть малейшая возможность, мы должны использовать позитивные вопросы. Например, «Ты сегодня культурно общался?», вместо негативных вопросов «Ты сегодня некультурно общался?» Подобным образом, желательнее измерять степень успеха, улучшений или прогресса, чем записывать свои неудачи. Ребенок, например, записывает, сколько у него на этой неделе было «сухих ночей». Использование записей часто приводит к снижению степени неадекватного поведения ребенка, поэтому этот метод подходит в качестве части когнитивно-бихевиорального обследования и как способ достижения изменений в поведении (Ronen, 2000).

Самооценивание

При оценивании самого себя необходимо, чтобы пациент создал определенный ряд критериев, с помощью которых будет сравнивать себя с другими людьми или с самим собой в различных ситуациях. Тем не менее, у детей это может стать проблемой, если они эгоцентричны и воспринимают свое окружение субъективно. Если мы хотим научиться самооцениванию, то должны использовать конкретные примеры. Использование шкал при самооценивании, может оказаться очень подходящим вариантом, особенно при сравнении текущего и прошлого поведения.

Самовознаграждение

Самовознаграждение должно быть неотъемлемой частью основных методов, направленных на улучшение самоконтроля. Оно становится важным шагом на пути к достижению независимости от других людей. У детей этот метод помогает перенести их внимание с конкретной оценки на символическое оценивание. Самообладание также помогает развивать уверенность в себе и улучшает самооценку, в особенности у застенчивых или детей-перфекционистов, для которых трудно за что-либо себя похвалить. Ронен (2000) установила, что гораздо легче научить самооцениванию детей, чем взрослых людей. Для маленьких детей у нее в кабинете находится коробка с наградами, и дети должны самостоятельно решить, заслуживают ли они вознаграждение, и какое именно. Через некоторое время после использования конкретных наград она пытается научить ребенка использовать символические награды. Она просит их самим написать для себя какие-либо похвалы. Важно практиковать этот навык во время терапевтического сеанса и попросить родителей, чтобы они помогли своему ребенку в данном процессе.

Обучение стрессоустойчивости

Один из когнитивно-бихевиоральных методов, который почти идеально обеспечивает согласованную основу для работы с психическими расстройствами у детей, — практика устойчивости к стрессу (Stress inoculation training, SIT). Этот метод был разработан Меикэнбомом для лечения и преодоления тревоги, гнева и боли (Ronen, 2000). Цель данной практики — помощь ребенку в создании и освоении определенных навыков, которые позволят ему справиться с различными стрессовыми ситуациями.

Программа начинается с описания проблемы и ее отдельных компонентов. Меикэнбом подчеркивает, что на данном этапе важно создать терапевтические отношения, собрать необходимые данные и важную информацию о сильных и слабых индивидуальных сторонах пациента и пересмотреть проблему таким образом, чтобы стало понятно, как она может быть изменена. Существенно, чтобы пациент полностью понял свою проблему. Меикэнбом указывает, что многие пациенты начинают лечение с неопределенным пониманием своих трудностей. Он предполагает, что если проблема описана как нечто, состоящее из разных частей и подлежащее определенному развитию, то пациент начнет воспринимать свои трудности как то, что может быть изменено. Таким образом, можно переформулировать проблему в ряд отдельных задач, которые необходимо решить, а не представлять ее как следствие стрессовых ситуаций, в которых человек некомфортно себя чувствует.

В рамках второй фазы SIT следует сосредоточить внимание ребенка на его внутреннем диалоге, который он проводит, когда сталкивается с какой-либо проблемой. На этапе практики стимулирующих высказываний ребенок учится использовать обнадеживающие фразы, которые помогают ему справиться с проблемной ситуацией — сначала он учится использовать эти стимулирующие высказывания в терапевтической обстановке, затем старается постепенно применять их в естественной среде в более сложных ситуациях. Меикэнбом и Гудман (1971) различают фазу обнадеживающих заявлений и фазу практики соответствующего поведения.

Ронен (2000) указывает, что существует целый ряд когнитивно-бихевиоральных методов. Идея заключается в выборе наиболее эффективных терапевтических методов в случае конкретного ребенка. Она указывает на следующие критерии:

1. Использует ли ребенок во время разговора внутренний монолог? Можем ли мы предполагать, что ребенок согласится использовать самоинструкции?
2. Важно ли для ребенка быть самостоятельным и быть в состоянии самому решать различные задачи? Если это так, сможем ли мы научить его принимать решения, которые помогут ему контролировать свой ум и изменять свои собственные автоматические мысли?
3. Сравнивает ли ребенок себя с другими детьми и чувствует ли он себя в состоянии справиться со своими трудностями, ощущает ли себя при этом неполноценным и несостоятельным? Если это так, целесообразно использовать метод шкалирования.

4. В состоянии ли ребенок концентрировать внимание, систематически размышлять, и имеет ли он достаточно терпения для обучения методу систематического решения проблем?
5. Сможем ли мы определить ошибочные убеждения и взгляды ребенка, которые тормозят достижение прогресса при терапии? Если это так, то целесообразно ли использовать метод когнитивной реструктуризации для изменения этих мнений и убеждений?
6. Отсутствует ли у ребенка способность самоконтроля? Если это так, мы должны попытаться научить его методам самонаблюдения, самооценивания и самовознаграждения.

8.12.3. Терапевтические интервенции при наиболее распространенных психических расстройствах в детском возрасте

В данной главе мы обсудим некоторые из наиболее распространенных расстройств в детском возрасте и когнитивно-бихевиоральные методы, которые используются при их лечении. Мы будем рассматривать тревожные расстройства, гиперактивность, импульсивность, депрессию и агрессию.

8.12.3.1. Лечение тревожных расстройств в детском возрасте

КБТ тревоги у детей направлена на дисфункциональные когниции и их воздействие на последующее детское мышление и поведение. Согласно этому подходу, ключевую роль у детей с тревогой играют когнитивные искажения. Они нарушают информационные процессы и приводят к ошибочному восприятию самого себя и окружающей среды. Задача терапии — разработать новые способности и предоставить ребенку новые впечатления таким образом, чтобы он мог проверить дисфункциональные и адаптивные отношения, а также обработать новые впечатления. Лечебные стратегии непосредственно направлены на изучение новых моделей поведения с помощью моделирования и прямого подкрепления. Для снижения беспокойства используются когнитивные методы, направленные на изменение информационных процессов, таких как способ обработки информации, стиль атрибуции и изменение того, что ребенок говорит сам о себе (Kazdin, 2004).

Программа КБТ обычно представляет собой курс из 16—20 сеансов индивидуальной терапии. При лечении используется моделирование, воспроизведение, экспозиция в естественных условиях, тренинг релаксации и подкрепления. Ребенок в школе и дома воздействует на ситуации, которые вызывают у него беспокойство. Примерно половина срока лечения посвящена изучению методов для преодоления тревоги и стресса. Данная терапия включает развитие способности распознавать физиологические симптомы тревоги, выявление и изменение вызывающих тревогу когниций и внутреннего диалога (например, ожидание, что произойдут плохие события и создание альтернативных вариантов), решение проблем (например, создание плана по преодолению беспокойства, поиск других вариантов действия и выбор наилучшего из вариантов) и оценка плана с использованием последствий (например, самооценивание и самоподкрепление).

Вторая часть лечения заключается в применении новых приобретенных навыков так, чтобы ребенок воздействовал на пугающие ситуации сначала в воображении, а затем и в реальности, переходя от умеренных к более тяжелым ситуа-

циям, вызывающим тревогу. Экспозиция также должна стать частью домашних заданий, в которых ребенок постепенно воздействует на пугающие ситуации дома и в школе. Затем терапевт вознаграждает успешное выполнение задач. На заключительном сеансе ребенок резюмирует методы и их применение, что должно быть записано на видео (Kazdin, 2004).

8.12.3.2. Лечение расстройств поведения

Хотя утверждается, что расстройство поведения трудно поддается лечению, были разработаны две программы, которые доказали свою эффективность (Ronen, 2000). Одна из них — Parent management training, т. е. подготовка родителей для решения проблем у своих детей. При лечении расстройств поведения у ребенка терапевт в большей степени работает с родителями. Он учит их систематически контролировать и конкретизировать проблемное поведение и использовать для его изменения принципы социального обучения. В особенности, награждается желательное поведение, но не уделяется внимание и не вознаграждается нежелательное поведение.

Другой формой лечения должно стать обучение решению проблем. Оно основано на предположении, что антисоциальное поведение, по меньшей мере, — проявление нарушения когнитивных процессов. Дети с расстройствами поведения, как правило, имеют тенденцию несоответствующим образом проявлять враждебность по отношению к другим людям и не в состоянии адекватно понимать социальные ситуации и решать межличностные проблемы. Лечение направлено на выяснение того, как ребенок оценивает и преодолевает социальные ситуации.

8.12.3.3. Лечение гиперактивности и импульсивности

Одна из самых распространенных проблем, которая беспокоит учителей и преподавателей, — гиперактивность и импульсивность детей. Для детей, которые имеют общие сложности с управлением своего поведения, характерно то, что они действуют без размышления (Kendall и Braswell, 1985).

Гиперактивностью занимается целый ряд бихевиоральных и когнитивных исследований. Их общей особенностью должно стать усилие научить детей общим когнитивным и бихевиоральным методам, позволяющим решать школьные и когнитивные проблемы и успешно действовать в межличностных ситуациях (Hughes, 1988). Некоторые терапевтические программы были направлены на обучение детей самостоятельно определять сигналы, что им необходимо остановиться и некоторым способом продлить интервал между стимулом и своей собственной реакцией. В рамках этих программ терапевты учат детей, чтобы они сами в подходящий момент повторяли определенные инструкции, например: «Подожди! Посмотри! Подумай!». Эти самоинструкции служат ребенку в качестве руководства, чтобы он прибегнул к освоенному методу решения проблем. У импульсивных детей целесообразно использовать различные типы самоинструкций (Kendall и Braswell, 1985), направленных на выявление проблемы, на определение соответствующего подхода, на поддержание акцентированного внимания, а также самооценивающие выражения и высказывания, которые помогут ребенку преодолеть совершенную ошибку и пережить неудачу. При лечении гиперактивных детей также используется обучение по образцу, в котором терапевт демон-

стрирует определенные типы поведения, и ребенок повторяет эту манеру поведения после него.

Специальная программа Кендалла и Брасвэлла (1985) включает обучение решению проблем, обучение по инструкциям, присуждение условных наград, обучение по образцу, ролевые игры, а в некоторых случаях даже практику различия собственных ощущений и чувств других людей. Другие программы учили детей более сложным способам решения проблем, например, Урбен (в соотв. с Kendall и Braswell, 1985) разделил свою программу обучения для детей с расстройством внимания и гиперактивностью на 4 этапа:

1. определение проблемы — дети учились лучше осознавать свои чувства, вместо того, чтобы избегать их или при решении сложной задачи действовать импульсивно;
2. другие варианты решения — дети учились придумывать новые способы решения данной межличностной ситуации;
3. Предполагать последствия — дети учились предсказывать непосредственные и долгосрочные последствия своего поведения в процессе принятия решения;
4. Размышления над средствами и целями — дети учились создавать или планировать расписание индивидуальных действий для достижения данной цели и реально оценивать время применения отдельных шагов для достижения этой цели.

Кендалл, Падэвер, Зюпэн и Брэйсвелл (согл. Ronen, 2000), создали руководство, описывающее терапевтическую программу для импульсивных детей, направленную на улучшение самообладания. Руководство содержит 12 сеансов, посвященных практике эффективных методов, — дети учатся самоинструктированию с помощью метода подражания образцу и при этом пытаются решить широкий спектр межличностных и внутриличностных проблем. Первые задачи имеют психообразовательный характер и организованы так, чтобы не напоминать стрессовое школьное обучение. Постепенно, они заменяются межличностными игровыми ситуациями, с соответствующим использованием самоинструктирования.

Очевидно, что у этих детей КБТ — основной метод лечения. Если ребенок научится когнитивным методам и методам самообладания, то это поможет многим детям, в том числе гиперактивным и импульсивным не только предотвратить развитие расстройства, но и улучшить общее поведение. Они будут более способны к адаптации к своей среде и смогут постепенно уменьшать дозу принимаемого лекарства.

8.12.3.4. Лечение депрессии

Возникновению депрессии в детском возрасте было уделено внимание лишь в последние десятилетия, с тем выводом, что речь идет не просто о временных перепадах настроения, но о проблеме, требующей систематического лечения. Были установлены элементы сходства между депрессией у детей и у взрослых (Hughes, 1988). Эллиот и Плэйс (2002) указывают, что принцип бихевиорального метода лечения депрессии у детей заключается в необходимости сосредоточиться на их поведении, которое поддерживает эту проблему, в ограничении его и научении ребенка разному поведению. Важной частью этих программ должно стать вознаграждение.

При когнитивной терапии важно понять мысли, которые поддерживают депрессию. Этот процесс, как правило, состоит из 3 фаз. Подросток должен научиться описывать свои чувства и эмоции, обращать внимание сам на себя, на свое настроение и ощущения, замечать, когда они происходят и с чем они связаны. Это позволит ему вместе с терапевтом определить поведение, связанное с проблемой. Таким образом, он выяснит, что должно быть изменено. Затем можно начать с исследований мыслительных процессов. Когда мысль запускает настроение, которое вызывает определенное поведение, то рассмотрение «горячих мыслей» может выявить их значение в возникновении подавленного настроения. Потом может произойти изменение когнитивных процессов. Цель состоит в изменении скрытых когнитивных процессов, которые определяют, каким образом будут интерпретироваться события. Этот процесс хорошо описан в работе Сталларда (2002).

Когнитивно-бихевиоральная интервенция с депрессивными детьми также должна быть направлена на улучшение их социальных навыков и развитие их социальной активности. Хьюз (1988) описал терапевтическую программу, состоящую из 30 сеансов, продолжительностью 20—30 мин, рассчитанную на 15 недель. Он выделил 5 основных шагов: объяснение важности рационального поведения, демонстрация необходимых навыков, вербальное или практическое обучение соответствующему поведению, обеспечение обратной связи и определение домашней работы, направленной на практику.

В последние годы очень эффективным оказался курс по преодолению депрессии у подростков (Kazdin, 2004). Речь идет о групповой терапии наподобие курса с акцентом на психиообразование, сосредоточенное на дестигматизации. Основная цель состоит в создании навыков, которые помогут подростку справиться с проблемными ситуациями. Во время сеансов терапии акцент ставится на групповой деятельности и играх. В период между сеансами участники выполняют домашние задания. Лечение проходит в течение 8 недель в 16-ти двухчасовых сеансах. Цель сеанса — научить участников конкретным навыкам, таким как развитие социальной компетенции, повышение приятной деятельности и изменение негативных когниций. Данная программа похожа на программу для взрослых, как о ней сообщали Шлепецки (1992), Кугнер и Вебер (2003).

Лечение дополняет работа с родителями, когда они учатся поддерживать и оказывать помощь в развитии компетенции подростков. Родители также учатся коммуникации и решению проблем.

8.12.3.5. Лечение расстройств, связанных с проявлением агрессии

Агрессивное и диссоциальное поведение — одно из самых распространенных проблем, из-за которого дети направляются на лечение. Предполагается, что агрессивные дети страдают от недостатка социального опыта, навыков и приспособления (Spivack и Shure, 1974). Также сообщается, что у агрессивных детей необходимо улучшить способность эмпатии, сопереживания другому человеку. При лечении расстройств, связанных с агрессией, используются не только методы обучения решению проблем, но и обучение социальным навыкам и ассертивному поведению, а также подход, направленный на улучшение собственных способностей и на формирование своих ожиданий. Интервенционные программы обычно включают методы обучения самоинструктированию и методы управления гневом.

Эффективное лечение включает также и обучение родителей, направленное на преодоление проблем своих детей (Parent management training, PMT). Этот метод учит родителей изменять поведение детей в домашних условиях. Он основан на общем предположении, что оппозиционное и агрессивное поведение бессознательно создается и поддерживается неадекватным взаимодействием родителей и детей. Менее всего подходит принуждение. Агрессивные дети бессознательно вознаграждаются за свои агрессивные проявления, которые ухудшаются в результате принуждения к дисциплине, что и поддерживает агрессивное поведение.

Основная цель PMT — изменение модели взаимной коммуникации между родителем и ребенком таким образом, чтобы в семье подкреплялось и поддерживалось просоциальное, а не принудительное поведение. От родителей требуется, чтобы они устанавливали четкие правила для своего ребенка, подкрепляли соответствующее поведение, использовали более мягкие формы наказания для подавления нежелательного поведения, были готовы пойти на компромисс и так далее. Это родительское поведение систематически развивается во время сеанса, в рамках которого терапевт формирует родительские навыки. Эти навыки затем родители применяют дома, и на их основе происходит их оценивание, модификация и улучшение. Продолжительность программы зависит от серьезности проблемы ребенка. У детей младшего возраста программа обычно занимает 6—8 недель. В случае более серьезных расстройств — 15—25 недель (Kazdin, 2004).

Лохман, Нельсон и Симс (1981) в групповой терапии, состоящей из 12 сеансов, объединили несколько методов. Первый сеанс был посвящен улучшению самосознания (сравнение сходства различных реакций между собой). На втором сеансе терапевты исследовали, как дети реагируют в ситуациях, которые требуют сотрудничества с другими людьми, и в ситуациях, когда им приходится слушать других людей. Третий сеанс был сосредоточен на установлении индивидуальных проблем. Четвертый сеанс был ориентирован на создание различных способов решения трудностей. На пятом и шестом сеансе члены группы оценивали различные решения с точки зрения возможных последствий, на седьмом сеансе дети учились более чувствительно воспринимать признаки своего беспокойства и гнева. Восьмой сеанс был посвящен внутренним монологам, а девятый — репетированию подходящего способа поведения в соответствии с образцом, который создавал терапевт. В рамках десятого, одиннадцатого и двенадцатого сеансов происходила интеграция и практика освоенных методов.

В прошлом терапевты обращали особое внимание на внешние проявления агрессивного поведения, они уделяли гораздо меньше внимания гневным и насильственным мыслям и эмоциям. Долговременное снижение агрессивности может быть достигнуто только путем изменения мыслей, эмоций и поведения ребенка.

8.12.3.6. Применение отдельных методов при различных расстройствах в детском возрасте

Согласно Роненовей (2000), необходимо рассмотреть следующие вопросы:

1) Какой из указанного списка методов в наибольшей степени соответствует проблеме конкретного ребенка?
2) На основании того, что мы знаем о ребенке, мы должны выбрать тип терапевтического подхода, который будет для него самым подходящим, —

дискуссии, использование воображения, игры, или же какой-либо другой метод. Как мы можем лучше всего использовать существующие методы при лечении именно этого конкретного ребенка?

3) Каким образом мы можем мотивировать ребенка выполнять конкретные терапевтические задачи? Мы должны определить, какой способ самый подходящий для использования соответствующего метода в отношении ребенка. Можем ли мы в этом случае использовать сравнение, игру?

8.12.3.7. Исследование эффективности КБТ детей

В психотерапии детей и подростков за последние 20 лет было достигнуто много успехов. В настоящее время существует более 1500 контролируемых исследований. На основании их метаанализа, Каздин (2004) делает два основных вывода. Психотерапия — наиболее эффективное лечение, и ее эффективность (effect size) составляет около 0,70 — у детей и подростков, как и у взрослых.

Результаты исследований показывают, что бихевиоральные методы являются более эффективными, чем не бихевиоральные, и что эффект лечения обычно сохраняется. Лечение более эффективно у подростков, чем у детей, хотя эффективным оно оказалось в обоих случаях. Индивидуальная терапия считается более эффективной чем групповая, а эффект лечения экстернализированных и интернализированных проблем примерно одинаковый (Kazdin, 2004).

Этот вывод согласуется с предыдущими данными Рота и Фонаги (1996), которые на основании метаанализа исследований терапии детей установили, что психотерапевтическое лечение детей приводит к значительному улучшению. По сравнению с контролируемыми исследованиями терапии взрослых количество исследований терапии детей меньше с более низким количеством респондентов. Средний эффект, установленный в отдельных исследованиях, сопоставим с метааналитическими исследованиями у взрослых. По сравнению с контрольными группами, не проходившими лечение, улучшение происходит у 2/ 3 детей после терапии. Наилучший эффект лечения проявляется в области распространения психиатрической симптоматики. Более низкий эффект наблюдается при оценке понятия адаптации и производительности. Характеристика личности в процессе лечения меняется незначительно. Результаты зависят от опыта терапевта, метода обучения и вида лечения. Бихевиоральные терапевтические методы показали значительно более высокую эффективность по сравнению с другими методами. Методы, основанные на гуманистических и экзистенциальных основах и на методах семейной терапии, немного более эффективны, чем психодинамические методы.

Если мы распределим методы лечения по пятибалльной шкале на: методы, основанные на опыте, эмпирически подтвержденные методы, методы, подтвержденные научными данными, методы, подтвержденные клиническими исследованиями на практике и объективно эффективные методы, то подтвержденными научными данными КБТ депрессии у детей и подростков, курс по преодолению депрессии и интерперсональная терапия.

Что касается тревожных расстройств, то проверены систематическая десенсибилизация, моделирование и КБТ. Погружение и быстрая экспозиция показали очень хорошие результаты при лечении школьной фобии.

При лечении расстройства поведения оказались эффективными два когнитивно-бихевиоральных терапевтических метода: обучение родителей по преодолению проблем своих детей и тренинг по решению проблем. Наиболее эффективным методом может считаться их комбинация.

При лечении синдрома СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности), на основании исследования, была доказана эффективность обучения родителей преодолению проблем у своих детей и продолжительное воздействие на детей в учебном классе (Kazdin, 2004). Более низкий терапевтический эффект продемонстрировала практика по самоинструктированию. Вероятно, она больше подходит и более эффективна для детей старшего возраста, но проблематична ее генерализация.

Семейная терапия, основанная на системных и когнитивно-бихевиоральных принципах, может существенно повлиять на хроническую астму, периодические боли в животе и другие физические симптомы.

При ночном энурезе наиболее эффективным методом лечения оказался метод будильника. В различных исследованиях эффект проявился в среднем в 66 % случаев после лечения и в 51 % случаев в следующем наблюдении. При использовании остальных бихевиоральных методов эффективность после лечения увеличилась до 72 % и у 56 % в следующем наблюдении. В 50 % случаев оказалась эффективной и ежедневная тренировка мочевого пузыря. Эффективность бихевиоральных практических методов была доказана и в случае энкопреза.

8.12.4. Фармакологическое лечение

Подробное рассмотрение фармакологического лечения не является целью этой главы. Как указывает Эллиот и Плэйс (2002), поскольку это лечение — важная часть терапии психиатрических проблем у взрослых, то подобные усилия по решению эмоциональных трудностей и проблематичного поведения медикаментозным способом существуют и в случае детей. Однако, как отмечают данные авторы, имеются определенные опасения долгосрочных эффектов отдельных препаратов, а также присутствует этическая дилемма. Проблемы в детстве могут быть вызваны различными факторами, и мы не знаем, правильно ли подавлять симптомы, не устранив их причину. Должен ли ребенок, который ведет себя агрессивно, потому что повторяет элементы насилия, наблюдаемые между родителями, принимать сильные лекарства? В Великобритании приемы лекарственных препаратов в целях модификации расстройств поведения или агрессивных проявлений очень редки. Американские врачи назначают лекарственные препараты гораздо чаще.

8.12.5. История болезни

Десятилетний мальчик, страдающий специфической фобией, был направлен в психологическую амбулаторию участковым педиатром. В процессе скрининга было установлено, что основная его проблема — страх боли во время инъекций и забора крови.

Ситуации, когда кому-то вводят укол или делают забор крови, просмотр фильмов и чтение какого-либо материала об этой проблеме, посещение педиатра для забора крови и введения инъекций, вызывали страх.

Физическими симптомами тревоги было учащенное дыхание и сердцебиение, стеснение в горле, холодный пот, дрожь. Сопутствующие мысли: укол будет очень болезненным, игла сделает отверстие в коже, это отвратительное чувство, когда прокалывают кожу. В эмоциональной области испытывал беспокойство, напряженность, страх. Избегает посещения педиатра, при инъекциях его нужно удерживать, вырывается, уклоняется от укола. Старается избегать данной тематики в фильмах, журналах.

Проблема возникает всякий раз при необходимости введения инъекции или забора крови.

Результат его страха — избегающее поведение, проблема контролировать заболевание печени, которым он страдает, конфликты в семье перед посещением врача, несоблюдение календаря вакцинаций.

Модифицирующие факторы: *ситуация хуже при заборе крови, лучше при введении уколов, меньше страха вызывает наблюдение за тем, как делают забор крови или вводят инъекцию кому-то другому, хуже воспринимается укол в руку, чем в ногу.*

Анамнестические данные: *без каких-либо замечаний, в семье доминирует отец, ходит с мальчиком на сеансы. Психодиагностическое обследование с помощью анкеты J.E.P.I. указывает на достаточную самокритику, личность скорее экстравертная, эмоционально устойчивая.*

Формулировка проблемы

Возбудители: *ребенок имеет проблемы с печенью, поэтому он вынужден постоянно сдавать кровь на анализ и видеть, как делают инъекции; просмотр фильмов с медицинской проблематикой, мысли об уколах.*

Поведение: *значительная тревога, страх, дрожь, потливость, сильное сердцебиение, учащенное дыхание, попытки убежать от ситуации, избежать ее, мысль «Будет очень больно, когда мне проколют кожу».*

Последствия:

Краткосрочные положительные: облегчение при уклонении от ситуации, после отсрочки визита к врачу, избегание фильмов и журналов с данной проблематикой.

Краткосрочные отрицательные: чувство стыда, отказ от проведения обследования.

Долгосрочные положительные: внимание семьи, врача, чувство неординарности.

Долгосрочные отрицательные: возможность ухудшения состояния здоровья.

Основываясь на формулировке проблемы, были определены следующие терапевтические цели:

Быть в состоянии смотреть видеозапись об инъекциях и анализах без существенных признаков тревожности.

Смотреть без значительных признаков беспокойства на то, как происходит забор крови у другого человека.

Позволить врачу сделать инъекцию без применения защитного поведения.

Позволить забор крови.

Ребенок во время индивидуальных терапевтических сеансов, по шкале 0—8 оценивал, насколько эта проблема влияет на его жизнь и какие переживания он при этом испытывает. Во время терапии наблюдалось частое снижение со значения 6 — эта проблема значительно нарушает мою жизнь, на значение 2 — немного нарушает мою жизнь. Неприятное эмоциональное переживание проблемы снизилось с 7 до 3.

Достижение целей оценивалось по шкале 0—8, где 0 был идеальный успех, 8 означало, что ребенок даже не начал выполнение задания. С начального значения 7 к концу терапии ребенок оценивал достижение целевого значения 2, которое показало 75 % успеха.

Записи с сеансов:

1 сеанс

Скрининговое обследование, получение анамнестических данных от отца и ребенка, определение проблемы, определгние терапевтических целей. Образование о специфической фобии, экспозиционной терапии, тренировка расслабления, анкетирования J.E.P.I.

2 сеанс

Практика контролируемого дыхания, изменение мыслей: «игла пронзит мою кожу, мне больно, после укола остается дырка», экспозиция с акупунктурными иглами, смотрит, как другой человек вводит иглу в свою кожу.

3 сеанс

На сеанс приходит со своим отцом, самостоятельно берет иголки, колет их в предплечье отца, без признаков беспокойства прикладывает их к своей коже, некоторое время оставляет иголку вколотой в свою кожу, продолжается практика контролируемого дыхания.

4 сеанс

На сеанс приходит один. Совместно с терапевтом смотрит видеосъемку об инъекциях и заборе крови, напряженность колеблется на кривой 1—4—2. Продолжение практики контролируемого дыхания.

5 сеанс

Экспозиция видеозаписи, напряженность во время повторного наблюдения за стрессом уменьшается по кривой 8—7—4—1. Практика управляемого дыхания и релаксации, когнитивная реструктуризация «укол делается очень быстро, игла тонкая, боль длится в течение очень короткого времени, ничего со мной не случилось после укола».

6 сеанс

Экспозиция в естественных условиях в кабинете педиатра, смотрит на забор крови у другого ребенка, симптомы моторного беспокойства, проявления

напряженности оценивает на 8, в конце экспозиции напряженность падает на 1.

7 сеанс

Экспозиция в естественных условиях, смотрит на забор крови, напряженность 8, быстро падает до 0.

8 сеанс

Экспозиция в амбулатории. Ребенку хотят сделать инъекцию, напряженность оценивается в 5, несколько раз он убирает свою руку, смотрит на то место, где ему будут делать укол, использует управляемое дыхание, после слов ободрения напряженность падает, повторяем расслабление, ему делают укол, он не наблюдает за процессом, отводит взгляд, удивляется, что все так быстро прошло.

Результат экспозиционной терапии мы оцениваем как очень хороший — мы смогли добиться первых целей, четвертая цель не была достигнута — ребенок и врач уехали в отпуск. Затем ребенок, несмотря на рекомендации, не продолжил участие в терапии. В 1,5-летнем катамнезе педиатр указывает, что ребенку три раза делали прививку, которая прошла без проблем, забор крови не требовался.

Литература

Belsher G., Wilkes T.C.R. Ten key principles of adolescent cognitive therapy.//Wilkes T.C.R., Belsher G., Rush A.J., Frank E. Cognitive therapy for depression. NY: Guilford Press, 1994.
Blagg N.R., Yule W. The behavioral treatment of school refusal — A comparative study. Behaviour Research and Therapy, 1984, č. 22.
Costello E.J. Developments in child psychiatric epidemiology. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1989, č. 28.
Dobson K.S. Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. NY: Guilford Press, 1988.
Doherr E.A., Corner J.M., Evans E. Pilot study of young childrens abilities to use the concepts central to cognitive behavioural therapy. Unpublished manuscript. Norwich: University of East Anglia. Cit. podle Stallard, 2002.
Elliott J., Place M. Dítě v nesnázích, prevence, příčiny, terapie. Praha: Grada, 2002.
Graziano A.M., Mooney K.C., Huber C. et al. Self-control instruction for childrens fear reduction. J. Beh.Ther. And Experiment. Psychol., 1979, č. 10.
Hort V., Hrdlička M., Kocourková J. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000.
Hughes J.N. Cognitive behavior therapy with children in schools. NY: Pergamon, 1988.
Kanfer F.H. The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. 1977. Cit. podle Ronnerová T. Psychologická pomoc dětem v nesnázích. Praha: Portál, 2000.
Gross A.M., Drabman R.S. Teaching self-recording, self-evaluation and self-re- ward to nonclinic children and adolescents.//Karoly P.K., Kafner K.H. Self-management and behavior change: From theory to practice. NY: Pergamon, 1982.
Hughes J.N. Cognitive behavioral therapy with children in schools. NY: Pergamon, 1988.
Kanfer F.H., Karoly P., Newman P. Reduction of childrens fear of dark by competence-related and situational threat-related verbal cues. J. Consult. Clin. Psychol., 1975, č. 43.
Kazdin A.E. Psychotherapy for Children and Adolescents.//Lambert M.J. Psychotherapy and Behavior Change, Fifth Edition. NY: Willey, 2004.
Kendal P.C., Braswell, L. Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. NY: Guilford Press, 1985.
Kendall P.C. Treating anxiety disorders in youth: Results of a randomized clinical trial. J. Consult. Clin. Psychol., 1994, č. 62.

Kendall P.C., Kane M., Howard B. et al. Cognitive-behavioural therapy for anxious children: treatment manual. Ardmore (PA) Workbook Publishing. Citl. podle Stallard, P., Think Good-Feel Good, A Cognitive Behavior Therapy for Children and Young People, Willey, 2002.
Kolko D.J., Kazdin A.E. Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1993, č. 34.
Kuhner Ch., Weber I. Predchádzanie depresiám: Skupinový program podľa R. F. Munoza. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003.
Langmeier J., Balcar K., Špitz, J. Dětská psychoterapie. Praha: Portál, 2000.
Mahoney M J. Reflections on cognitive learning trend in psychotherapy. American Psychologist, 1977, č. 32.
Meichenbaum D.M., Goodman J. Training impulsive children to talk to them- selves: A means of developing self-control. J. Abn. Psychol., 1971, č. 77.
Selikowitz M. Dyslexie a jiné poruchy učení. Praha: Grada, 2000.
Spivack G., Shure M.B. The problem-solving approach to adjustment. San Francisco: Jossey Bass, 1976.
Stallard P. Think Good — Feel Good: A Cognitive Behaioural Therapy for Children and Young People. London: Willey, 2002.
Šlepecký M. Psychologický prístup pri liečbe depresií. Kandidátska dizertačná práca. Liptovský Mikuláš: 1992.
Ronnenová T. Psychologická pomoc dětem v nesnázích. Praha: Portál, 2000.
Říčan P., Krejčírová D. et al. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 1997.
Roth A., Fonagy P. What works for Whom? NY, London: Guilford Press, 1996.

8.13. Применение КБТ в соматической медицине

Беата Пашкова

8.13.1. Введение

Энрайт (1997) высказал мысль, что не существует психологической или физической проблемы, на которую нельзя было бы повлиять с помощью КБТ. Она основана на предположении, что каждый человек на основе своих личностных характеристик, предыдущего опыта, или проверенных преодолевающих стратегий, создает свою собственную позицию, как по отношению к самому заболеванию, так и к последующим событиям, которые с ним связаны. Физические и психологические симптомы одной болезни одинаковой степени иногда довольно существенно различаются у отдельных пациентов. Помимо физических симптомов, которые являются следствием данного заболевания, на проявление болезни влияет и эмоциональная реакция пациента (Prohaska, 1987) и его поведение (Petrie, 1996). Например, пациент с депрессивным и пессимистическим представлением о своей болезни, как правило, имеет склонность к пассивности и акцентированию своей беспомощности и некомпетентности. Напротив, пациент убежденный в способности собственного контроля некоторых симптомов, излечивается быстрее и лучше (Johnson, 1999). Когнитивные процессы и структуры, такие как основные убеждения, когнитивные схемы и мысли, решительным образом влияют на отношение пациента к своему заболеванию и лечению (Brewin и Power, 1999).

8.13.2. Обзор болезней

Данная глава посвящена стратегии и специфическим моментам когнитивно-бихевиорального метода в случае тех соматических заболеваний, когда:

1) потребность в психологической помощи выходит на первый план по причине их значительного психогенного этиопатогенетического компонента;
2) хронизация, тяжесть заболевания и, как следствие, сложность жизненных проблем требуют психотерапевтической помощи.

Между этими двумя группами заболеваний существуют нечеткие границы, которые часто переплетаются. Эта глава не ставит целью точную классификацию заболеваний со значительной психогенной составляющей, а также установление формулировок и внесение своего вклада в концепции психосоматических расстройств и их перечень (часто меняющийся в различных изданиях и во времени). Болезни, включенные в эту главу, были выбраны в соответствии с их довольно частым распространением, благодаря которому они имеют большое социальное влияние (сахарный диабет, сердечнососудистые заболевания, злокачественные опухоли). Далее мы включили и некоторые заболевания, в случае которых разработаны и используются с проверенной эффективностью методы КБТ уже достаточно долгий период времени. Речь идет о следующих соматических синдромах и диагнозах:

1. синдром раздраженного кишечника;
2. сахарный диабет;
3. сердечнососудистые заболевания;
4. злокачественные новообразования;
5. синдром Туретта.

8.13.3. Диагностика

Для записи психологических или бихевиоральных факторов, о которых считается, что они оказывают влияние на возникновение или развитие соматических расстройств, используется диагноз:

F 54 Психологические и бихевиоральные факторы, связанные с нарушениями или заболеваниями, классифицируемых в другом месте

Мы можем поставить диагноз «классические» психосоматические заболевания, которые всегда кодируются параллельно в соответствии с соматическими расстройствами (например, астма F 54 + J 45, язвенный колит F54 + K 51 и т.д.). Также целесообразно использовать диагноз Z 80—99, особенно, если психологические проблемы возникли после более длительного периода соматической болезни и, возможно, после лечения или успешной коррекции соматического состояния пациента:

Z 80 — Z 99 Лица с потенциальной опасностью для здоровья в связи с личным и семейным анамнезом и определенными условиями, влияющими на состояние здоровья.

Физическая болезнь может выступать в качестве возбудителя или причины психиатрических симптомов, соответствующих всем критериям для психиатрического диагноза. В этом случае необходимо определить психиатрический диагноз в качестве коморбидного к переносимому или перенесенному соматическому за-

болеванию. Наиболее частыми психиатрическими заболеваниями, возникающими в результате серьезных физических заболеваний, являются:

1. **F 43 Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации;**
2. **F 43.0 Острая реакция на стресс;**
3. **F 43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство;**
4. **F 43.2 Расстройство адаптации.**

Иногда устанавливается изменение личности при ПТСР, или для расстройства приспособления и тогда мы диагностируем:

F 62 Устойчивое изменение личности, которое не может быть отнесено к общим повреждениям или заболеванию головного мозга

Здесь, в качестве причины, можно определить предшествующий глубокий экзистенциальный опыт, и, как следствие, возникновение серьезного, опасного для жизни заболевания.

8.13.4. Точка зрения КБТ на соматические болезни

8.13.4.1. Бихевиоральные факторы

Взгляд на бихевиоральные факторы, которые влияют на создание, поддержание и развитие физических заболеваний может быть воспринят очень широко, эти факторы рассматривает вся бихевиоральная медицина. Типичные бихевиоральные факторы при различных заболеваниях будут рассматриваться отдельно. Сейчас мы назовем только общие бихевиоральные факторы, которые приводят к ухудшению управления заболеванием. Этот процесс включает в себя необходимость в **удостоверении** (например, неоднократное измерение давления), **защитное поведение** (например, чемоданчик, полный анксиолитиков и анальгетиков), **отрицательное поведение** (например, больной не ходит в кинотеатр на какие-либо смешные фильмы), **избегающее поведение** (например, больной не занимается ни одним видом спорта, избегает любой физической нагрузки), **пассивное поведение** (не выполняет упражнения, не проходит осмотры) и **самодеструктивное поведение** (например, преднамеренное выключение инсулиновой помпы, эксцессы в еде и питье при необходимости строгой диеты). Все вышеперечисленные типы поведения участвуют в создании малоадаптивной роли некомпетентного больного, которая затем поддерживается.

8.13.4.2. Когнитивные факторы

Когнитивные факторы, приводящие к малоадаптивным проявлениям при преодолении заболевания, основаны на ключевых убеждениях и схемах, возникших еще в анамнезе. Сам факт жизнеугрожающей болезни может создавать новые схемы и позиции. Познания, которые связаны с тем, как справиться с заболеванием, можно разделить на познания, связанные с заболеванием, и познания, относящиеся к окружающей обстановке. Обзор наиболее частых когнитивных тем, как справиться с болезнью:

Познания относительно заболевания	Принятие заболевания
	Боль
	Одиночество
	Жизненные изменения
	Опасения по поводу будущего

Познания относительно окружающей обстановки	Семья, близкие люди
	Лечащий персонал
	Работа и отношения на рабочем месте
	Другие пациенты, люди с аналогичным заболеванием
	Знакомые, соседи и т.д.

Различные познания являются типичными для отдельных заболеваний, так как созданы на их основе. Для наглядности мы приводим эти познания совместно с неадекватным поведением, которые они вызывают:

Таблица 8.24. Познание, связанное с неадекватным поведением

Заболевание	**Познание**	**Поведение**	**Тип неадекватного поведения**
Синдром раздраженного кишечника	Что, если я не смогу справиться с побуждением дефекации	Избегание мест без туалета. Повторное освобождение кишечника	Избегающее Необходимость в удостоверении
Хроническое заболевание	Боль опасна, ведет к ухудшению состояния	Постепенное ограничение движения. Постоянное наблюдение за степенью боли	Защитное Необходимость в удостоверении.
Состояние после сердечного приступа	У меня случится еще один сердечный приступ, и я умру	Избегание любой деятельности, при которой повышается сердцебиение	Избегающее
Сахарный диабет	Я другой, чем остальные люди, потому что делаю себе уколы инсулина. Мне стыдно за это	Больной пропускает инсулинотерапию. Уколы инсулина осуществляет нерегулярно	Самодеструктивное
Злокачественная опухоль	Моя жизнь окончена. Не имеет смысла пытаться выздороветь	Перестает стремиться к сотрудничеству. Делает вид, как будто ничего не происходит («Нездоровое отрицание»)	Пассивное
Состояние после операции	Если я буду двигаться, я могу повредить рану	Полностью перестает двигаться, уклоняется от реабилитации	Необходимость в удостоверении. Самодеструктивное

8.13.4.3. Межличностные факторы

В тот момент, когда человек заболевает, обстоятельства его жизни сильно меняются, особенно при продолжительной болезни. Происходит изменение восприятия самого себя, меняется положение в семье, на работе и среди друзей. Роль больного с социологической точки зрения имеет компоненты:

1) Освобождение от определенных обязательств и уменьшение ответственности;
2) Право ожидать помощи и ухода со стороны других людей;
3) Обязательство лечения и сотрудничества в процессе терапии;
4) Приложение усилий к выздоровлению и принятие на себя роли здорового человека.

Роль больного, как правило, имеет адаптивную функцию, особенно в острой стадии заболевания. Пребывание в этой роли в то время, когда заболевание от-

ступает, может вести к поддержанию некоторых симптомов, отдалять полное выздоровление и привести к дезадаптации в жизни. Пациент начинает избегать ответственности и обязательств. Он пытается оставаться в зависимости от окружающих людей и врачей и продолжать ожидать оказания значительной помощи.

Роль пациента связана с типичным поведением при заболевании. Такое поведение включает в себя консультации с врачами, прием медицинских препаратов, просьбы о помощи родственников и друзей, избегание некоторых видов деятельности (работы), и, наоборот, предпочтение другой деятельности (лежание в постели). К роли больного относится и ожидание положительной социальной реакции — чтобы его пожалели, чтобы избежать выполнения определенных обязательства, получить больше внимания и эмоциональной расположенности, подарков и т.д. С ролью пациента бывает связано мнение, что он не виноват в своей болезни и своих проявлениях, которые связаны с этим заболеванием. Также от пациента не ожидается, что он вылечит себя сам, а для этого ему нужен врач. С ролью пациента связанно его подчинение врачу и курсу лечения, которое включает способность что-либо переносить, терпеть, а также настойчивость и пассивность. Как правило, чем больше пациент чувствует себя больным, тем охотнее он подчиняется и выполняет рекомендации врача. Это поведение, подобным образом, как и роль больного, оказывается адаптивной на ранних стадиях заболевания, но становится малоадаптивной в период реконвалесценции, когда необходима активность и растущая независимость. Поведение при заболевании в большей степени зависит от его субъективного восприятия заболевания, чем от объективного нарушения. Поэтому, оно может легко продолжаться даже тогда, когда пациент уже не болен:

Молодая женщина, после перенесенной гинекологической операции, некоторое время нуждалась в помощи своей матери. После того, как ее состояние значительно улучшилось, мать захотела снова продолжить свою работу — однако, дочь начала жаловаться на свою беспомощность после операции и требовала от нее дополнительной помощи.

Межличностные факторы могут с легкостью просматриваться на основании вышеуказанной информации. Тяжелые и хронические соматические заболевания становятся заболеванием всей семьи. Известно, что чрезмерный уход со стороны членов семьи может стать для пациента психологически сложным, так же, как апатия и отсутствие поддержки. В соответствии с Сэнски (1990), чем больше было в семье проблем до заболевания члена семьи, тем хуже семья будет воспринимать его заболевание. Затем поведение здоровых членов семьи будет колебаться между чрезмерным уходом и заметной незаинтересованностью или равнодушием. Эти позиции непредсказуемо изменяются, что делает пациента неуверенным, и доставляют ему трудности при разработке стратегий преодоления.

Следующие социальные изменения происходят у пациентов, потерявших свою самодостаточность и ставших зависимыми от помощи других. Их роль меняется — с доминантных, активных личностей, они становятся пассивными. Справиться с этими изменениями можно только с большим участием, пониманием, тактом и терпением самых близких людей больного. Если эти навыки не присутствуют у больного, или он не желает их использовать, больной часто остается изолиро-

ванным в лабиринте новых, часто фрустрирующих ограничений, страхов и ощущений. К счастью, именно эта область очень подходит для психотерапевтической интервенции. Тем не менее, необходимо установить и четко сформулировать эти межличностные факторы.

8.13.4.4. КБТ модель лечения соматического заболевания

Психологическое воздействие заболевания и последующие ограничения могут стать очень широкими. Пациенты сталкиваются с необходимостью приспособления к новым условиям, с увеличенной потребностью в уходе и необходимостью поддержания самодостаточности и независимости. Общая модель психологической реакции на болезнь, включающая все важные переменные, указана на рисунке 8.42.

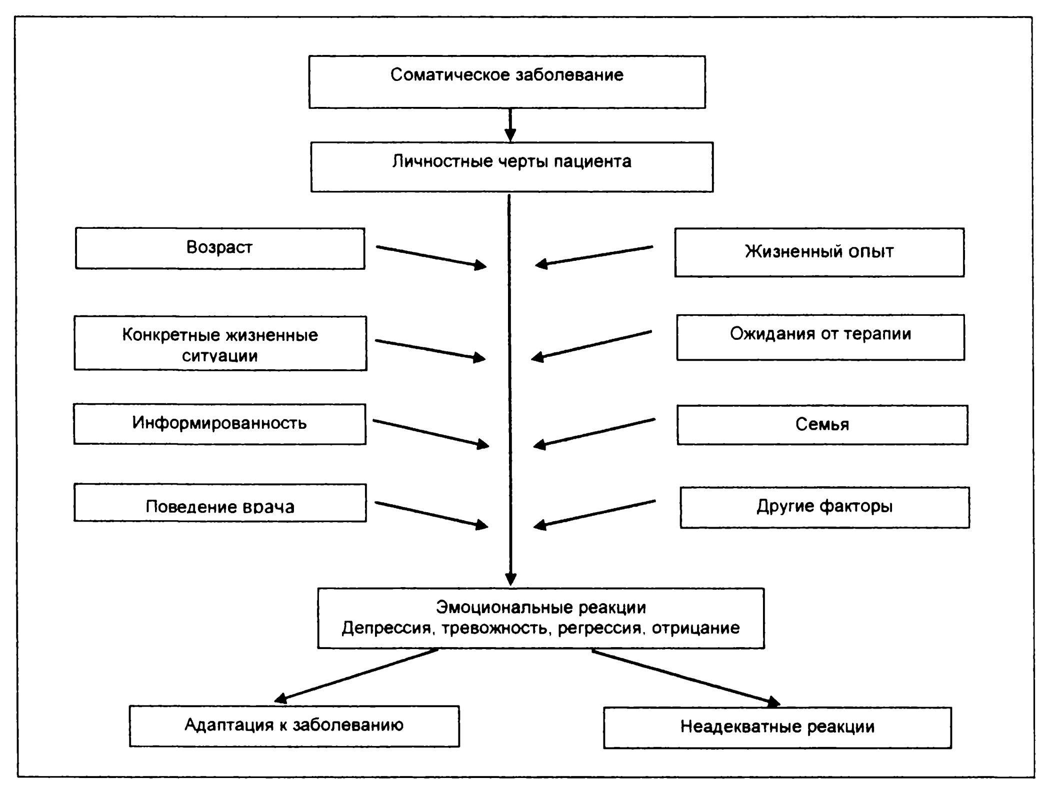


Рис. 8.42. Модель реакции на серьезное соматическое заболевание или травму

Значение, которое придается физическим проблемам, создается на основании когнитивной репрезентации заболевания (когнитивные убеждения и схемы), которые пациент получил в течение своей жизни. Когнитивное представление болезни влияет на последующее поведение пациента, его сотрудничество во время лечения, эмоциональное воздействие, и, в конечном счете, на качество жизни пациента.

В случае психологических проблем, таких как тревога или депрессия, можно использовать когнитивную модель для депрессивных или тревожных расстройств. Тем не менее, даже если эти эмоциональные расстройства часто воз-

никают при соматических проблемах, модель, отражающая все специфические переменные, выглядит сложнее.

Один из самых существенных вкладов в организацию индивидуальных моделей КБТ при соматических заболеваниях — работа Мосс-Морриса (2002), который объединил, так называемые, ключевые темы для создания индивидуальных моделей заболевания (таблица 8.25.). Позже автор разработал эти темы в анкете Illness Perception Questionnaire — Revised (IPQ-R) (Анкета восприятия болезни — пересмотренная версия).

Таблица 8.25. Ключевые темы для создания индивидуальных моделей заболевания (в соотв. с Moss-Morris и др., 2002.)

Тема	Содержание темы	Примеры
Развитие болезни	Ожидаемое развитие — острое или хроническое	Эта болезнь останется со мной навсегда. Возможно, симптомы исчезнут в течение нескольких дней
Наличие симптомов	Исчезновение симптомов и их появление, либо непредсказуемость интенсивности симптомов	Я на самом деле не могу предположить, как я буду себя чувствовать завтра. Если начнется дождь, мне станет хуже
Последствия болезни	Влияние болезни на пациента и его окружение	Со временем я стану беспомощным. Потеряю работу. Я буду обузой для семьи
Контроль лечения	Какому лечению верить, мера эффективности методов лечения	Иногда боль не прекратится даже после употребления морфия. Врачи до сих пор не смогли найти подходящее лечение для моего заболевания
Ясность и понимание болезни	Понимаю ли я все, что касается болезни? Имеет ли это какой-либо смысл? Понимаю ли я это правильно?	Врачи иногда говорят не совсем понятно. У меня присутствуют именно те симптомы, о которых я читала
Эмоциональное сопровождение	Эмоции, возникшие в результате заболевания	Болезнь заставляет меня злиться. Врачи меня раздражают, потому что не обнаружили ее раньше. Я очень обеспокоен тем, что будет происходить дальше

8.13.5. Эффективность лечения

Эффективность КБТ в соматической медицине исследуется с начала 90-х гг. 20-го в., как при влиянии эмоциональных расстройств, связанных с болезнью, в особенности депрессии и тревоги (см. таблицу 8.26.), так и при оказании влияния на другие проблемы, которые являются типичными для конкретного заболевания. Например, в многочисленных исследованиях рассматривается повышение кровяного давления, гликемия, реакция иммунной системы и др., после систематического применения методов КБТ. Обзор наиболее важных исследований, в которых контролируемый параметр отличался от тревоги или депрессии, приведен в таблице 8.27.

8.13.6. КБТ подход

Терапевтические стратегии мы указываем отдельно в качестве самостоятельных категорий, однако, они на самом деле включены в комплексный подход, основанный на когнитивно-бихевиоральной формулировке события. Где это будет необходимо, мы отметим, когда терапевт должен предпочесть одну из стратегий.

Таблица 8.26. Эффективность КБТ в случае тревоги и депрессии при соматических нарушениях (в соотв. с Sensky, 2004)

Автор	Год	Название исследования	Эффективность
Antoni и др.	2000	Cognitive-behavioral stress management intervention effects on anxiety, norepinephrine output and T-cytotoxic/ suppressor cells over time among symptomatic HIV-infected gay men	+
Greer и др.	1992	Adjuvant psychological therapy for patients with cancer	+
Kostis и др.	1994	Nonpharmacologic therapy improves functional and emotional status in congestive heart failure	+
Sharpe и др.	2001	A blind randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with rheumatoid arthritis	+
Wilhelmsen	1994	Effect of short termed CBT on recurrence of duodenal ulcer	+

Таблица 8.27. Обзор исследований эффективности КБТ при проблемах, связанных с соматическими заболеваниями (в соотв. с Sensky, 2004).

Цель интервенции	Заболевание	КБТ результат	Автор	Год
Дисфункциональные позиции	Синдром раздраженного кишечника	Чувство большего контроля	Schwarz, Blanchard	1991
	Сердечный инсульт	Изменения в восприятии заболевания	Petrie и др.	2002
		Улучшение в преодолении болезни	Kraaimaat et al.	1995
Выносливость и мотивация	Ожирение	Снижение веса	Wadden, Foster	2000
	Астма	Модификация убеждений о лекарственных препаратах	Schmaling и др.	2001
	Сахарный диабет	Улучшение контроля гликемии	Snoek и др.	2001
	Диализ почек	Улучшение сотрудничества	Hegel и др.	1992
Физиологические изменения	Гипертония	Снижение артериального давления	Gidron и др.	1999
	ВИЧ +	Улучшение реакции иммунной системы	Antoni и др.	2000
	Злокачественная меланома	Улучшение реакции иммунной системы	Fawzy и др.	1993
	Предменструальный синдром	Редукция симптомов	Hunter и др.	2002

Развитие заболевания	Злокачественная меланома	Продление продолжительности жизни	Fawzy и др.	1993
	Ишемическая болезнь артерий сердца	Продление продолжительности жизни	Friedman и др.	1986
	Ревматоидный артрит	Снижение дееспособности	Sharpe и др.	2001
	Боль спины	Снижение боли и повышение дееспособности	Turner, Jensen	1993
	Синдром раздраженного кишечника	Редукция симптомов	Van Dulmen и др.	1996
	Язвенная болезнь желудка	Симптоматическое улучшение	Wilhelmsen и др.	1994

8.13.6.1. КБТ обследование

Первый контакт

Необходимо осознать, что пациент, который борется с физическим заболеванием, может быть удивлен, обеспокоен и оскорблен предложением пройти психотерапевтическое лечение. Иногда он интерпретирует предложение участвовать в психотерапевтическом лечении как проявление недостаточности соматического лечения, и по этим причинам, может быть недоверчивым и смущенным при первом контакте. Далее, мы приведем примеры правильного проведения разговора лечащим врачом с пациентом и при первом посещении его психотерапевта.

Врач: *Пани Гладка, я думаю, что наше сотрудничество приносит первые успехи, и с основным лечением вы справляетесь очень хорошо, но кроме этого у меня возникло ощущение, что не хватает времени, чтобы поговорить обо всем, что мы должны обсудить.*

Пациент: *Что именно вы имеете в виду, доктор?*

Врач: *Я имею в виду ваши эмоции, как вы себя чувствуете и что вы думаете. Например, когда вы должны идти на такую болезненную процедуру, какой была вчерашняя пункция.*

Пациент: *Ну, я не хочу вас задерживать, но правда в том, что я хотела бы спросить о разных вещах.*

Врач: *Я не знаю, в какой степени ваши вопросы непосредственно связаны с физическими проблемами и насколько вы обеспокоены чем-то другим, но я хотел бы вам предложить посещение специалиста-психотерапевта.*

Пациент: *Но доктор, я же не сумасшедшая. Я в состоянии со всем справиться.*

Врач: *Я не думаю, что вы сумасшедшая, и что вы делаете что-то не так, но у меня есть определенный опыт, что психотерапия может помочь человеку различными способами. Человеку предоставляется время на то, чтобы навести порядок в своих мыслях, взглядах и позициях и лучше их понял. У него будет возможность обсудить неясные вопросы или опасения. Это просто предложение, я думаю, что это может быть полезно.*

Пациент: *Ну, и что это представляет собой?*

Врач: *Любая болезнь, это всегда удар по человеческой психике. Я знаю, что до недавнего времени не было принято посещать психолога или психиатра по этой причине, но последние исследования показывают, что это очень полезно. Я думаю, что там вы получите возможность рассказать о своих чувствах, связанных с заболеванием, которые вас беспокоят, о которых вы часто думаете, а просто так нет возможности о них поговорить.*

Пациент: *Ну, я не знаю, буду ли я в состоянии говорить об этом с кем-либо, кого не знаю.*

Врач: *Я думаю, что одно посещение, после которого кое-что станет ясно, не может вам повредить, и вы сможете лучше сформулировать свое мнение.*

Пациент: *Да, вы правы.*

Врач: *Хорошо, я свяжусь с терапевтом Новачковой, а затем дам вам ее контакты, чтобы вы смогли записаться к ней.*

Пациент: *Спасибо.*

Первый разговор с соматически больным пациентом в кабинете психотерапевта должен включать следующие пункты:

1. Краткое объяснение причин, которые привели к решению пройти психотерапевтическое обследование;
2. Обсуждение первых ощущений и мнений пациента;
3. Краткое поучение о принципах КБТ.

Психотерапевт: *Здравствуйте, меня зовут Ива Новачкова. Садитесь, пожалуйста.*

Пациент: *Спасибо.*

Психотерапевт: *Возможно, вы были удивлены тем, что вас ко мне прислали.*

Пациент: *Да, была...*

Психотерапевт: *Что вы об этом подумали?*

Пациент: *Хм, ну... я думаю, меня послали к вам, потому что врачи уже не знают, что со мной делать, но об этом я просто так подумала, на самом деле, я считаю, что, скорее всего, врач хочет помочь мне... я не знаю, мне немного неловко.*

Психотерапевт: *Я занимаюсь работой с людьми, которые имеют подобные проблемы, как и вы.*

Пациент: *Хм, но я не знаю, каким образом вы мне сможете помочь...*

Психотерапевт: *Я понимаю, но вы знаете, когда человек заболевает, в его жизни происходит много событий, о которых он раньше даже не предполагал. Он начинает думать о вещах, о которых раньше не думал, и возможно, его начинают беспокоить вопросы, на которые он не знает ответы.*

Пациент: *Ну, да.*

Психотерапевт: *Лечение, которое вам назначил ваш врач, выглядит очень серьезно. Я могу помочь вам в этой новой ситуации лучше сориентироваться. Вместе мы попытаемся найти способы, как лучше справиться с болезнью, а может быть даже искать пути решения проблем и ответы на вопросы, которые у вас возникли...*

Пациент: *Ну, я не знаю, можем попробовать, я доверяю своему врачу. Просто так, я думаю, он бы меня к вам не направил.*

Психотерапевт: *Если вы решитесь на участие в терапии, наши сеансы будут длиться приблизительно 1 час, 1 раз в неделю. Вас бы устроил такой вариант?*

Пациент: *Да, я думаю такой вариант мне бы подошел...*

Психотерапевт: *Хорошо. Сейчас я хочу немного рассказать вам о методах, которые мы будем совместно применять. Терапия, которой я занимаюсь, называется когнитивно-бихевиоральная. Мы будем определять и изучать ваши мысли и поведение относительно вашего заболевания, рассматривать воздействие заболевания на вашу жизнь и создавать такие подходы, которые облегчат вашу ситуацию. Мы будем работать как одна команда, терапия потребует активного участия нас обеих.*

Пациент: *Это мне не помешает. Но я пока не совсем понимаю всей ситуации относительно лечения.*

Психотерапевт: *Может, будет лучше, если мы начнем с небольшого примера. Я хотела бы знать, с чего начались ваши проблемы.*

Первый разговор должен включать в себя следующие аспекты:

1. Бихевиоральный, когнитивный и функциональный анализ;
2. Степень нарушения:
   - физического состояния,
   - общественной деятельности,
   - трудовой деятельности,
   - важных отношений,
3. Мнение пациента по поводу развития заболевания;
4. Мнение пациента по поводу собственной способности справиться с симптомами заболевания и лечением.

Оценка текущего состояния физического здоровья

Терапевтические сеансы разделяются в соответствии с программой, как было описано в общем разделе. Существуют некоторые постоянные пункты программы, которые используются регулярно. К ним относятся:

1) Резюме последнего сеанса;
2) Краткая актуализация состояния пациента и важных событий в его жизни;
3) Рассмотрение домашнего задания;
4) Обратная связь пациента.

При использовании КБТ для работы с пациентами, у которых присутствуют проблемы со здоровьем и другие трудности, целесообразно добавить еще 1 пункт:

5) Оценка текущего физического состояния здоровья.

Это именно тот момент терапевтического сеанса, когда пациент и терапевт имеют возможность обсуждать роль физического состояния по отношению к остальным пунктам сеанса.

Необходимость сохранить структуру управления КБТ

Существуют ключевые темы, которые используются исключительно в практике КБТ и отличают ее от других психологических методов лечения. Важно, чтобы эти темы не потерялись при применении КБТ у людей, страдающих серьезными заболеваниями. Не следует допускать, чтобы когнитивные или бихевиоральные методы применялись без структуры, сотрудничества или в отрыве от домашних

заданий, потому что именно эти элементы являются характерными для КБТ. Начинающие терапевты могут оправдываться, почему они отказались от структурированной КБТ (например, «Все это было очень трагично, мне казалось жестоким в тот момент говорить о записях, измерениях и о подобных вещах»). Кроме того, пациенты с тяжелыми заболеваниями могут аргументировать свои проблемы со здоровьем, как помеху в сотрудничестве с терапевтом КБТ, и таким образом убедить терапевта в необходимости применения комбинированной, более поддерживающей терапии. Ниже приведен пример подходящего разговора в такой ситуации.

Терапевт: *Мы договорились о том, что для вас было бы полезно делать записи, когда вы чувствовали себя хуже всего.*

Пациент: *Я не мог сделать это — я был у врача на контрольном осмотре, и он сказал мне, что я должен снова начать принимать стероиды. Они вызывают у меня много побочных эффектов. Кроме того, жена была больна. Я должен был заботиться о детях.*

Терапевт: *Мне очень жаль, что вы чувствуете побочные эффекты лекарств. Это создало бы трудности в осуществлении записей для каждого человека. Еще у вас стало больше семейных обязанностей...*

Пациент: *Это была трудная, неприятная неделя, я себя нехорошо чувствовал.*

Терапевт: *Давайте обсудим, как можно успеть выполнить некоторые из терапевтических заданий даже в такое тяжелое время, как прошлая неделя...*

Пациент: *Хорошо, но... я все равно смог заполнить форму, которую вы мне дали.*

Терапевт: *Спасибо, это очень хорошо. Я рассмотрю ее, и в следующий раз я расскажу вам, как эта информация связана с целями, над которыми мы работаем.*

Пациент: *И скажете мне, прошел ли я тест?*

Терапевт: *Не в этом дело, пройдете ли вы тест или нет, результаты теста покажут нам, какие процедуры вы используете для решения проблем. Это хорошее начало... несмотря на трудную неделю и новые проблемы со здоровьем вы смогли заполнить анкету. Когда вы это делали?*

Пациент: *Сегодня утром. Вы знаете, я и не сомневался, что успею её всю заполнить.*

Терапевт: *Было ли важно для вас знать, что вы успеете всю ее заполнить?*

Пациент: *Да.*

Терапевт: *При проблемах со здоровьем, которые у вас имеются, всегда есть риск того, что что-то помешает сделать все, что было запланировано. Как вы думаете, могли бы вы попробовать писать дневник в те дни, когда вам лучше, даже учитывая тот факт, что первые несколько страниц в дневнике будут пустыми и, что вы не успеете все заполнить?*

Пациент: *Хорошо.*

8.13.6.2. Оценка и измерение

Самонаблюдение

Редко удается полностью сформулировать проблему сразу после первого обследования. Дальнейшее обследование должно включать данные периода самонаблюдения (которые также служат для получения базовых показателей, с которыми мы будем сравнивать эффект лечения) и заполнение самооценивающих анкет. В начале самонаблюдения мы попросим пациента вести учет важных переменных (например, о наблюдаемой проблеме, о мыслях, которые возникают при появлении проблемы, об общем настроении и поведении). Терапевт подчеркивает, что на этом этапе пациент должен описать свои поведение и мысли, связанные с проблемой, но не пытаться определить, чем они вызваны.

Подходящим вариантом будет уделить обследованию, по крайней мере, еще 1 сеанс после того, как терапевт просмотрит имеющуюся медицинскую документацию. В то же время пациент может собрать с помощью самонаблюдения дополнительные данные, которые затем могут быть рассмотрены. Необходимо также учесть те аспекты прошлой жизни пациента, которые могли увеличить испытываемый пациентом стресс. Например, амбициозный спортсмен — бегун, начал страдать от хронической боли и ожирения после того, как упал и повредил ногу настолько сильно, что уже никогда не будет в состоянии нормально ходить. Всякий раз, когда он чувствовал боль, он думал: «Жизнь не имеет никакого смысла, если я не смогу снова бегать. Ничто другого не имеет никакого смысла».

Желательно установить контакт с врачом и другими медицинскими работниками, которые в настоящее время осуществляют уход за пациентом, узнать их мнение по поводу болезни пациента и информировать их о начале терапии. Необходимо договориться о границах, которые должны быть соблюдены во время лечения. Терапия часто включает ограничение медикаментозного лечения, программу физической тренировки и т. д. Это должно быть сделано в сотрудничестве с врачами, которые заботятся о пациенте. После получения данных самонаблюдения можно начинать процесс вовлечения пациента в лечение.

Самонаблюдение обычно имеет форму ежедневных записей. Оно включает в себя переменные, которые, на основе начального осмотра, кажутся важными. Хотя некоторые основные измерения (например, интенсивность боли) должны быть постоянными. Другие подробности, фиксируемые в течение дня, (например, мысли об опухоли головного мозга, стрессовые события, поведение, направленное на решение проблем) могут в процессе лечения и с уточнением формулировки проблемы меняться. Позже, во время лечения, можно делать записи об использовании и эффекте методов, предназначенных для решения проблемы, освоенных пациентом в терапии.

Обследование одного пациента, страдающего от хронической боли, показало, что он значительно ограничивал свою физическую активность и почти все свое утреннее время проводил в постели. Записи о его повседневной деятельности показали, что вторую половину дня и вечер он обычно проводил, лежа на диване в определенном положении. Выполнение ежедневных записей таким образом, чтобы они включали его мысли и настроение каждый час (чтобы он точно знал, когда ему необходимо сделать запись), показало наличие мрач-

ных мыслей, полных отчаяния относительно будущего. Это привело к дискуссии о роли психического и физического бездействия и о способах, с помощью которых он мог бы улучшить свое положение, независимо от состояния своего здоровья. Терапевт спросил его: «Хорошо, давайте предположим, что ваша боль никогда не уменьшится. Как бы вы хотели справляться с этой ситуацией?

Самонаблюдение должно включать и медикаментозное лечение, потому что его можно рассматривать, как болезненное поведение, которое поддерживает акцентированное внимание на проблемах, иногда и в связи с побочными эффектами.

У пациентки с легкой астмой каждый день происходили тяжелые приступы тревоги, и она постоянно находилась в состоянии некоторого расстройства. Терапевт попросил ее следить за затрудненным дыханием, общим беспокойством, приступами тревоги и использованием ингаляционных препаратов. Из этих записей стало ясно, что приступ тревоги был в пять раз сильнее во второй половине дня, если пациентка использовала ингаляционные препараты более 3 раз. Ограничение применения ингаляционного препарата привело к резкому снижению тревоги, что явилось началом дальнейшей, более комплексной программы лечения (см. ниже).

Анкеты

Хотя для соматических проблем было создано много анкет, лишь немногие из них оказались подходящими для клинической практики. При работе с болью целесообразно использовать анкету боли Мак Гилла, так как она измеряет воспринимаемый, эмоциональный и оценочный компонент боли, а также ее интенсивность (Melzack, 1975). Ни одна из анкет, измеряющая соматизацию и болезненное поведение, не продемонстрировала клиническую эффективность. Измерение тревожности и депрессии у пациентов с соматическими жалобами представляет собой особую проблему, потому что анкеты, направленные на раскрытие этих состояний, в значительной степени, основаны на физических симптомах. Для преодоления данной проблемы была создана госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond и Snaith, 1983), которая имеет то преимущество, что она короткая, легко анализируемая и относительно чувствительная к изменению состояния.

Физиологические измерения

У пациентов, которым можно установить физиологический коррелят заболевания, иногда целесообразно провести соответствующие прямые измерения данных физиологических значений для оценки достигнутого прогресса, и в качестве обратной связи для терапевта и пациента об эффективности лечения (например, повторное измерение артериального давления, измерение размера воспаления кожи у дерматологических пациентов). Измерение можно проводить даже в период самонаблюдения во время обследования, так что пациент с высоким кровяным давлением научится измерять артериальное давление в разное время дня, до и после определенной активности и т.д. Пациентам, у которых наблюдаются проблемы с дыханием, такие как гипервентиляция, иногда может помочь измерение $pCO2$ в крови. Хотя, в некоторых случаях это нелегко устроить и любое доказательство гипервентиляции следует рассматривать в контексте психологи-

ческого обследования, пытаясь понять, что именно испытываемые симптомы означают для пациента (Salkovskis, 1989). Существуют простые устройства, измеряющие степень активности, и которые имеют большое значение при решении целого ряда проблем, особенно в случае хронической боли. Например, шагомер позволяет сравнить активность в разное время дня, или в разные дни. При разработке программы упражнений, шагомеры обеспечивают быструю и легкую обратную связь и бывают очень полезны при определении дополнительных целей упражнений.

8.13.6.3. Проблемы и цели, план лечения

Как и в других программах КБТ, эффективное лечение основано на точной формулировке проблем и целей терапии, которые являются индивидуальными и различными для каждого пациента. Точное определение основных проблем позволит целенаправленно выбирать соответствующие методы КБТ.

Для снижения тревоги и лечения депрессии при соматических заболеваниях мы используем аналогичные методы, как и при терапии данных состояний без соматического заболевания. При их применении важно учитывать влияние соматического заболевания. Имеется в виду медикаментозное лечение, госпитализация, ухудшение состояния и т.д. Все это должно отразиться в формулировке проблемы и целей терапии, а также при состоянии плана лечения, который должен быть гибким. Мы должны предусматривать необходимость переформулировки и изменения планов в соответствии с актуальным физическим состоянием.

8.13.6.4. Лечебные интервенции

Хотя подходы к лечению отдельных заболеваний отличаются, принципы — общие для всех диагнозов. При применении различных методов лечения следует исходить из этих принципов.

Общие принципы когнитивно-бихевиорального лечения соматических проблем (в соотв. с White, 2000)

1. Создание терапевтических отношений и атмосферы сотрудничества, акцентируя внимание на «самопомощь» со стороны пациента;
2. Определение того, в чем заключается его проблема, а не определение малосущественных моментов;
3. Идентификация отношений между событиями, автоматическими мыслями, эмоциональными, физическими и бихевиоральными реакциями;
4. Создание реалистичных и адаптивных отношений и поддержание их применения в повседневной жизни;
5. Различие между предоставлением необходимой информации и заверений с помощью ненужной или повторяющейся информации;
6. Помощь в обучении навыкам, которые позволят улучшить самоконтроль пациента и преодоление своего заболевания;
7. Создание профилактических методов.

Когнитивные методы

Существует целый ряд методов, которые используются при определении и модификации когнитивных процессов (АНМ, когнитивных схем и основных убеждений), влияющих на здоровье и лечение хронических заболеваний. Среди них следует отметить:

1. Образование о болезни — контроль знаний пациента о заболевании, полученных в процессе лечения от профессионалов, других пациентов при

самостоятельном обучении, в случае необходимости, их исправление и дополнение;
2. Определение автоматических мыслей (АМ);
3. Тестирование АМ;
4. Когнитивная реструктуризация;
5. Методы визуализации и воображения (в случае затруднений при определении АМ);
6. Определение и модификация когнитивных схем;
7. Самонаблюдение.

Бихевиоральные методы

Первый шаг — определение неадекватного поведения, которое препятствует лечению. Мы устанавливаем недостатки в осуществлении некоторых видов деятельности (например, мониторинг уровня сахара в крови при сахарном диабете), чрезмерное или неэффективное поведение, трудности в общении.

Бихевиоральные методы, модифицирующие установленное неадекватное поведение:
1) бихевиоральный анализ (и в процессе терапии);
2) планирование деятельности;
3) экспозиция;
4) бихевиоральный эксперимент;
5) обучение навыкам;
6) создание долгосрочных планов;
7) тренинг ассертивности и коммуникации;
8) практика решения проблем.

Релаксационные методы

Данные методы мы обычно включаем между бихевиоральными методами, для наглядности и важности их применения при соматических заболеваниях указываем их отдельно. К ним относятся:
1) обучение спокойному дыханию;
2) практика релаксационного дыхания при управлении приступов паники;
3) прогрессивная мышечная релаксация (например, прогрессивная релаксация Оста);
4) биологическая обратная связь (biofeedback);
5) аутогенная тренировка.

8.13.6.5. Проблемы при лечении

Учитывая тот факт, что методы КБТ основаны на сотрудничестве терапевта и пациента, значительные осложнения отношений происходят редко. Проблема может возникнуть, если собственные мысли и позиции терапевта негативно влияют на процесс лечения. Это может произойти в тех случаях, когда терапевт сталкивается с терминальной стадией заболевания или чрезмерно сильной болью. Терапевт может впасть в состояние безнадежности и беспомощности. Эту позицию можно рассматривать в качестве когнитивной ошибки типа «все или ничего». В этом случае важно понимать, что даже минимальный прогресс и облегчение может иметь огромное значение для пациента, даже в том случае, если этот прогресс

трудно проверить. Иногда следует довольствоваться тем фактом, что сама по себе возможность говорить о заболевании и проблемах значительно облегчает состояние пациента.

Еще одной проблемой может быть ошибочное восприятие пациента своего заболевания, когда некоторые его представления являются неточными, преувеличенными или не соответствуют действительности, например, быть неактивным и чрезмерно беречь суставы при ревматоидном артрите, хотя рекомендации физиотерапевта звучали по-другому, и было рекомендовано осторожное и кратковременное выполнение физических упражнений. Это искажение часто происходит бессознательно, и в этом случае целесообразно спросить пациента, как звучали прямые указания специалиста. В случае необходимости, с разрешения пациента, можно связаться с данным специалистом для уточнения нужной информации.

Терапевт также может столкнуться с тем, что пациент обвиняет других врачей в их неспособности, невежестве, несоответствующем поведении. Это происходит довольно часто, когда врач-специалист проявляет поверхностное отношение к своему пациенту. В связи с большой рабочей нагрузкой некоторых врачей, даже при большом желании, нет возможности создать доверительные отношения. Этот факт необходимо учитывать. Естественно, что мы всегда должны быть на стороне пациента и поддерживать его, но вместо согласия с обвинением, рекомендуется работать следующим образом:

1. Проводить дискуссию о медицине как об относительно точной науке, в которой уже было много открыто и объяснено, но в которой также остается довольно много нерешенных проблем, т. е. неоднозначных и неточных толкований. В этом контексте уместно закончить оптимистично и реалистично, заявив, что развитие этой науки, относительно исследования заболевания, которым страдает пациент в последние десятилетия, прогрессирует довольно быстро;
2. Определять степень потребности в доверии по отношению к врачу;
3. Искать пути, посредством которых пациент пришел к убеждению о некомпетентности своего врача;
4. Изучать преимущества и недостатки замены лечащего врача.

Наконец, следует отметить, что при лечении соматических заболеваний осуществление терапии должно быть более гибким, чем обычно, и должно деликатно отображать развитие болезни.

8.13.7. КБТ подход при лечении синдрома раздраженного кишечника

8.13.7.1. Описание расстройства

Речь идет о постоянной боли в животе и нарушении функции кишечника. У индивидов, которые убеждены в том, что у них присутствуют проблемы с кишечником (независимо от фактических изменений желудочно-кишечного тракта), стресс или беспокойство могут усилить эти чувства и привести к реальным изменениям работы кишечника.

Клинические проявления

Наиболее типичными симптомами, кроме боли в брюшной полости и чередовании диареи и запора, может возникнуть вздутие живота, чрезмерный метеоризм и чувство полноты желудка.

Мила, 53-летняя пациентка, в течение многих лет страдает от различных проблем с кишечником. Она не в состоянии оставаться в обществе людей более получаса, когда она уходит из дома, всегда носит с собой прокладки на случай инконтиненции. Часто страдает от болей в области живота, побуждением к дефекации и поносу, особенно, когда она находится в любой стрессовой ситуации, в том числе при беспокойстве, связанном с пребыванием в компании людей. Ее основные мысли, которые появляются, когда она чувствует неприятные ощущения в брюшной полости, бывают: «Я не смогу удержать в себе кал». Эти мысли сопровождаются представлением, как она убегает из помещения, от нее ужасно пахнет, и через одежду протекает кал. Она рассказала, что уже 1 раз у нее возникла такая ситуация, когда она не смогла удержать в себе кал — это было очень унизительным для нее. (На начальном этапе терапии было установлено, что описываемая инконтиненция на самом деле представляет собой лишь незначительные следы фекальных выделений на трусах). В гости Милада уже почти не ходит. Она нашла себе работу на дому. Когда она вынуждена покидать квартиру, то несколько часов сидит в туалете, чтобы полностью освободить кишечник. Она употребляла большое количество активированного угля, но все равно на улицу выходит со страхом.

8.13.7.2. Точка зрения КБТ на синдром раздраженного кишечника

1) Бихевиоральные факторы

Люди, страдающие от этого заболевания, часто прибегают к избегающему поведению, которое по своему спектру может быть очень похожим на тяжелую агорафобию. В качестве поддерживающего фактора действует целый ряд развитого избегающего поведения, например, употребление медицинских препаратов, голодание перед вынужденным выходом из дома, знание всех «спасательных мест» (туалетов) в городе. Многие из этих факторов не только ухудшают, но и поддерживают проблему.

2) Когнитивные факторы

Типичные когнитивные ошибки включают катастрофизацию, страх опозориться и преувеличение опасений, вопросы без ответов и т.д., например: «Все это заметят; Я это не переживу; Это будет ужасно; Я не могу никуда выезжать из города; Что, если я не смогу сдержаться, и наложу в штаны».

8.13.7.3. КБТ подход

1) КБТ обследование

При обследовании мы сосредоточимся на детальном разборе избегающего и защитного поведения, укажем на его нефункциональность при долгосрочном влиянии на проблемы. Целесообразно провести разговор с помощью метода «падающей стрелы» (или «Ну, и что в этом такого ужасного»):

Терапевт: «*Вы говорите, что было бы ужасно, если с вами случилось бы что-либо подобное. Хорошо, давайте предположим, что это произошло, что в этом было бы такого ужасного?*»

Пациент: «*Любой человек сможет это заметить*».

Терапевт: «*Предположим, что это кто-то заметит, что в этом будет такого ужасного?*»

Пациент: «*У того, кто это заметит, возникнет отвращение ко мне*».

Терапевт: «*Даже если у кого-то возникнет отвращение, почему это создает для вас такую проблему?*»

Пациент: «*Ну, он со мной больше не захочет общаться*»

Терапевт: «*Что в этом такого ужасного?*»

Пациент: «*У меня не осталось бы ни одного друга, я стала бы совсем одинокой*».

Таким образом, мы могли бы продолжить дальше, но для этой пациентки этого было достаточно, потому что она поняла, что из-за такого «несчастного случая» ее друзья не бросят, скорее, они бы пожалели ее и постарались ей помочь.

2) Оценка и измерение

Чаще всего мы используем ежедневные записи о соответствующей проблеме, связанных с ней мыслях, настроении, поведении, медикаментозном лечении, ее последствиях.

3) Лечебные интервенции

Наиболее часто используемые интервенции:

1) Когнитивное реструктурирование;
2) Бихевиоральные эксперименты с запретом защитного поведения (например, пациент пытается задержать дефекацию в течение 10 с после того, как садится в туалет);
3) Релаксация;
4) Изменение ежедневного расписания и пищевых навыков;
5) Экспозиции в естественных условиях — например, более продолжительные прогулки после приема пищи.

8.13.8. Методы КБТ при сердечнососудистых заболеваниях, вызванных ишемической болезнью сердца

8.13.8.1. Описание расстройства

Сердце осуществляет функцию насоса для поставки достаточного количества крови для всего организма. При стрессе и физической нагрузке необходимо, чтобы количество крови, проходящее через сердце, увеличилось, и тем самым удовлетворило повышенную потребность кислорода в тканях. Постоянный дисбаланс между потребностью в кислороде и его подачей через артерии сердца называется «**застойная сердечная недостаточность**». Все клинические, функциональные и морфологические изменения, которые происходят при постоянном или временном недостаточном уровне кровообращения в сердце, называются **ишемической болезнью сердца.** При этом заболевании наблюдается несколько различных клинических проявлений, хотя необходимо понимать, что речь идет о ко-

нечном результате многолетнего атеросклероза — основной причиной сужения коронарных артерий вследствие развития атеросклеротических бляшек на стенках коронарных сосудов. Снижение кровоснабжения коронарных сосудов сердца может вызвать ряд факторов, в том числе закупоривание или значительное сужение коронарных артерий, привести к коронарному спазму, коронарной эмболии, агрегации тромбоцитов и тромбозу. При сердечной недостаточности коронарные артерии не в состоянии обеспечить необходимое количество крови, которое удовлетворяло бы энергетической потребности сердечной мышцы. Это особенно часто случается в условиях повышенной физической активности. Результатом может быть ишемия миокарда, которую пациент ощущает, как острую боль в груди, это — стенокардия. Если коронарная недостаточность сохраняется, то это приводит, либо к сердечному приступу, либо к смерти вследствие фибрилляции (внезапная остановка сердца). При инфаркте миокарда повреждается часть сердечных мышц. Точная локализация инфаркта миокарда зависит от закупоривания коронарной артерии. Существует много коронарных артерий, и некоторые или все из них могут быть повреждены. При поражении коронарных сосудов развиваются рубцовые изменения миокарда, что может привести к нарушению сердечного ритма, как следствие возникают экстрасистолия, желудочковая тахикардия, или даже фибрилляция желудочков. В общем плане можно сказать, что стенокардия, инфаркт миокарда, желудочковая аритмия и внезапное сердечное нарушение являются различными проявлениями повреждения коронарных артерий сердца.

Долгосрочный прогноз после инфаркта миокарда зависит от многих факторов. Он включает в себя степень и тяжесть атеросклероза коронарных артерий, число поврежденных артерий, локализацию тяжелых сужений, нарушение функций левого желудочка, определенную степень нарушений сердечного ритма. Помимо этого, стандартные факторы риска, такие как курение, гипертония и гиперхолестеринемия, в частности высокая концентрация липопротеины низкой и очень низкой степени плотности (low density lipoprotein) фракция холестерина также способствуют дальнейшему ухудшению ишемической болезни сердца.

8.13.8.2. Точка зрения КБТ

1) Бихевиоральные факторы

Бихевиоральные факторы, связанные с ишемической болезнью сердца, можно разделить на те, которые при ее происхождении совместно создали, например, поведение типа А, враждебность, трудоголизмголизм, и те, которые отрицательно применяются при преодолевании болезней — избегание активности, пассивность или, наоборот, чрезмерная активность, несмотря на указания врачей.

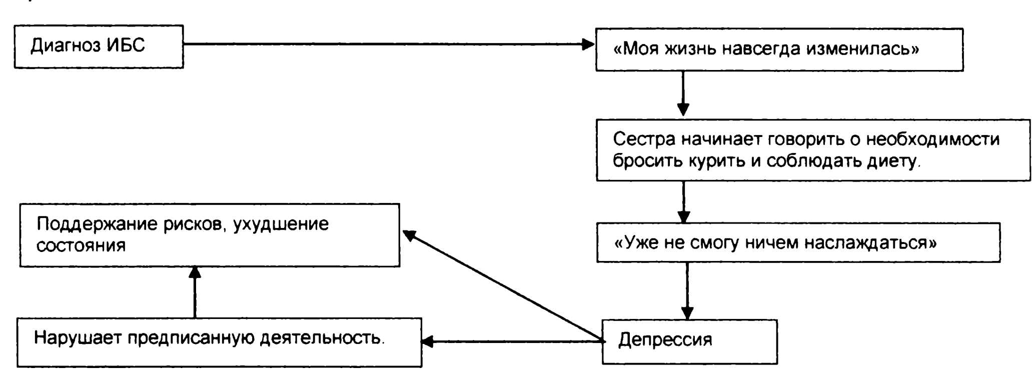
2) Когнитивные факторы

Негативные когнитивные факторы в особенности включают схемы, ориентированные на производительность, и связанный с ним поспешный жизненный ритм.

3) Межличностные факторы

К межличностным факторам относится отсутствие поддержки со стороны окружающих людей.

4) Модель КБТ



8.13.8.3. КБТ подход

1) КБТ обследование

Первой из задач обследования должно стать как можно более раннее определение тех пациентов, которым необходимо психологическое вмешательство. В этот процесс включаются пациенты, которые являются эмоционально неустойчивыми, указывают большое количество симптомов, или часто жалуются на психические проблемы, используют малоподходящие способы справиться с обычным ежедневным стрессом, или у которых прослеживается повышенная реактивность на стресс в тех физиологических и эндокринных единицах, при которых предполагается, что они увеличивают риск серьезных сердечнососудистых осложнений.

2) Оценка и измерение

Самонаблюдение

Пациенты часто включаются в процесс КБТ, имея повышенный уровень тревоги, депрессии и враждебности. Таким образом, для мониторинга этих переменных, можно установить для пациента общие графики тревоги, депрессии и, в случае необходимости, создать аналогичные записи ситуаций, связанные с вспышками или подавлением гнева, конфликтами или другим импульсивным поведением (например, зажигание сигареты и т.д.).

Можно использовать ряд методов для анализа состояния тревоги и депрессии, в том числе самооценивающие шкалы, такие как Шкала депрессии Бека, Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory), или оценочные шкалы, такие, как Шкала депрессии и тревоги Гамильтона.

Хотя в недавних исследованиях не было доказано, что поведение типа А связано с более высокой смертностью в связи с сердечнососудистыми заболеваниями, но это поведение по-прежнему считается нежелательным, чтобы справляться с жизненными проблемами и важно, чтобы психотерапевт знал об этом.

Физиологические измерения

Для получения информации о реакции пациента на физический и психологический стресс мы можем использовать психофизиологические тесты. Эта информация особенно полезна для выявления пациентов, которые реагируют на стрессовые стимулы путем увеличения сердечной или эндокринной реактивности или аритмией, снижением сегмента ST участка на ЭКГ или стенокардией. Они также могут быть полезны при обследовании пациентов, которые жалуются на пробле-

мы с сердцем, и у которых, в то же время, отсутствуют признаки ишемии миокарда, либо при консультировании пациентов, которые должны вернуться к тяжелой работе. В дополнение к измерению физиологической активности, психологическое обследование позволяет нам наблюдать за поведением пациента в стандартных стрессовых ситуациях.

3) Проблемы и цели, лечебный план

Формулировка проблемы при наличии сердечных симптомов может содержать ошибочное тревожное толкование физических симптомов, например, «Если я сейчас не сяду, у меня случится сердечный приступ» и т.д. Она должна описывать и поведение, которое пациент создал для того, чтобы справиться со своими симптомами, и сосредоточиться на тех стратегиях, которые являются нефункциональными, тревожными или контрпродуктивными.

4) Терапевтические интервенции

Когнитивные подходы

- Образование должно быть сосредоточено на описании реакции на стресс и ее влиянии на сердечно-сосудистую систему,
- Когнитивное реструктурирование должно стать основной частью лечения, особенно при преодолении тревоги.

Бихевиоральные подходы

Первый шаг — определение неадекватного поведения, которое затрудняет лечение, и такого поведения, которое предшествовало развитию заболевания. На основе этого анализа целесообразно создавать планы повседневной деятельности с постепенным увеличением нагрузки на организм совместно с пациентом. Также необходимо разработать планы пациента на будущее с реальным содержанием.

Методы релаксации должны стать основными для людей, страдающих заболеванием сердца. Разработаны программы, использующие методы релаксации. Необходимо выбрать форму, которую пациент примет и включит ее в расписание своей повседневной деятельности.

8.13.9. КБТ подходы для пациентов с сахарным диабетом

8.13.9.1. Описание расстройства

Diabetes mellitus (сахарный диабет) — хроническое заболевание, при котором в крови присутствует аномально высокий уровень сахара (глюкоза). Для усвоения глюкозы в клетках организма необходим гормон инсулин. При недостатке уровня инсулина и избытке глюкозы происходит возникновение заболевания. Наиболее распространенными считаются 2 основных типа сахарного диабета:

- **Тип 1 — сахарный диабет, зависимый от инсулина (IDDM — insulin-dependent diabetes mellitus)**, который возникает вследствии неспособности поджелудочной железы формировать достаточное количество инсулина;
- **Тип 2 — сахарный диабет, независимый от инсулина ((NIDDM — non-insulin-dependent diabetes mellitus)**, при котором клетки не в состоянии использовать имеющийся в наличии инсулин. IDDM возникает в детстве и подростковом возрасте, в отличие от сахарного диабета 2 типа, который проявляется в более позднем возрасте.

1) Клинические проявления

Пациенты с диабетом 1 типа должны придерживаться строгой диеты, выполнять физические упражнения, измерять сахар в крови и делать инъекции инсулина. Ошибки в соблюдении данного режима приводят к различным осложнениям, которые могут поставить под угрозу жизнь пациента. Самое опасное острое осложнение — состояние под названием гипогликемия, при которой, в связи с низким уровнем сахара в крови, может произойти кома или смерть. Его начало проявляется типичным агрессивным поведением, с раздражительностью и возбуждением. При сахарном диабете 2 типа (NIDDM) необходимо поддерживать режим диеты, часто менять старые привычки и принимать лекарственные препараты, в некоторых случаях вводить инсулин. Оба типа в процессе заболевания часто приводят к сосудистым осложнениям почек, болезни ног или глазного дна.

О диагностике, эпидемиологии, этиопатогенезе и развитии заболевания можно прочитать в соответствующей литературе. Наша цель — понять, что развитие сахарного диабета предполагает радикальные изменения во всей будущей жизни пациентов и часто ассоциируется с возникновением психических проблем, которые снижают способность больного придерживаться комплексного режима лечения.

8.13.9.2. Точка зрения КБТ

1) Бихевиоральные факторы

Типичный бихевиоральный фактор, усложняющий преодоление заболевания, — отсутствие сотрудничества при соблюдении режима. Речь идет, например, о диетических ошибках, при которых происходит колебание уровня глюкозы в крови. Часто можно наблюдать и совершенно самоповреждающее поведение, например, умышленное отключение инсулиновой помпы и т.д. Основные навыки, которые должен освоить пациент, включают измерение и поддержание оптимального уровня сахара в крови (гликемии). Текущий уровень сахара измеряется посредством гликированного гемоглобина — уровень сахара крови за последние 3 месяца. Цель лечения — надлежащая стабилизация этих уровней. Именно здесь у пациентов возникает много трудностей. Такое поведение становится следствием целого ряда психологических механизмов, которые будут рассмотрены ниже. Часто, из-за постоянной необходимости контролировать свое состояние, возникает чувство безысходности при:

1) измерении гликемии;
2) введении инсулина;
3) строго контролируемом потреблении пищи (время, состав и количество пищи точно установлены).

Далее появляется избегающее поведение (неучастие в общественной деятельности, в поездках на природу, в лагерь и т.д.).

2) Когнитивные факторы

У пациентов с диабетом часто возникают мысли:

1. о чувстве неполноценности;
2. о невыносимости контроля и последовательности в соблюдении режима лечения;
3. об опасениях по поводу поздних осложнений — катастрофизации;

4. о заверениях и обеспечении («У меня с собой достаточно пищи, инсулина ...?»).

3) Межличностные факторы

Роль больного усугубляется постоянным контролем со стороны других людей — родственников, врачей, медсестер, друзей и т.д., далее при IDDM изоляцией от сверстников. Страдают в особенности подростки, которые не реализуют свою потребность быть в какой-либо компании из-за своей болезни. У больных старшего возраста, страдающих сахарным диабетом, возможна социальная изоляция и изменения в устоявшихся отношениях. Диабетическая диета воспринимается ими как резкий запрет существующих привычек, например, для любителей пива. Гедонисты или просто общительные люди должны строго ограничивать удовольствия своей нынешней жизни.

4) КБТ модель

Рис. 8.43. Когнитивно-бихевиоральная модель неадекватного поведения при сахарном диабете

Как мы уже говорили, главная тема самостоятельного преодолевания («self-management») сахарного диабета — контроль уровня сахара в крови. В качестве возбудителя неадекватного поведения часто служит его патологическое значение. Возникают негативные мысли и эмоции, которые, во-первых, приводят к последующему неадекватному поведению и, во-вторых, повышают активацию симпатической нервной системы и вызывают тревожную реакцию (нападение или побег), результат которой — повышенный уровень сахара в крови (в котором организм в случае нападения или побега будет нуждаться).

8.13.9.3. КБТ подход

1) КБТ обследование

Необходимо провести детальный когнитивный, бихевиоральный и функциональный анализ для определения проблемных областей, на которых мы сосредоточимся, составляя терапевтический план. Пациенты с диабетом могут страдать от депрессии и повышенной тревожности, что приводит к физиологически условному увеличению уровня сахара в крови, поэтому, при обследовании должны использоваться шкалы для измерения депрессии и тревоги.

2) Оценка и измерение

Самонаблюдение

Наиболее важные формуляры самонаблюдения включают две нижеуказанные формы, которые пациент обязан приносить с собой на каждый сеанс, и которые должны регулярно рассматриваться от самого начала терапии. Речь идет о Форме еженедельной деятельности для мониторинга сахарного диабета и ежедневного мониторинга гликемии (таблица 8.28 и 8.29).

Таблица 8.28. Еженедельник деятельности для мониторинга сахарного диабета

Время	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
7—8 ч							
8—9 ч							
9—10 ч							
10—11 ч							
11—12 ч							
12—13 ч							
13—14 ч							
14—15 ч							
15—16 ч							
16—17 ч							
17—18 ч							
18—19 ч							
19—20 ч							
20—21 ч							
21—22 ч							
22—23 ч							

Инструкции: В каждое поле запишите свою деятельность. Для обозначения введение инсулина, изменения уровня сахара в крови или появления какой-либо проблемы, которую вы хотели бы обсудить, используйте следующие сокращения:
И — введение инсулина
В — контроль уровня сахара в крови
* — проблема, которую я хочу обсудить

Таблица 8.29. Дневник для контроля уровня глюкозы в крови

Дата	Время	I	J	C	Сигналы	Оценка	Действительность	Незамеченные сигналы	Чему я научился? Что я могу использовать в следующий раз?

Инструкции: Впишите дату и время. Буквы I, J, C относятся к последнему использованию инсулина, питанию и физическим упражнениям. Укажите V, M или N, для обозначения большего (V), меньшего (M) или обычного, нормального (N) количества инсулина, пищи и физических упражнений. Далее запишите физические и психические сигналы уровня

сахара в крови (например, потливость, беспокойство, тремор, усталость). Измерьте уровень сахара с помощью глюкометра. Если уровень был низкий, и вы этого не заметили, снова вернитесь к своим физическим ощущениям, если вы их чувствуете, запишите эти новые сигналы. Подумайте над тем, почему так произошло, и запишите это.

Анкеты

Анкета самочувствия

Анкета ощущения состояния здоровья (Bradley, 1994) состоит из 22 пунктов, анализирует реакции пациента с помощью 4-х бальной шкалы. Данная шкала разделена на 4 подшкалы: тревога, депрессия, энергия и ощущение здоровья.

Шкала контроля сахарного диабета

Брэдли (1994) разработал Шкалу степени контроля сахарного диабета пациентом. Эта форма позволяет терапевту получать итоговое количество баллов на субшкале «личный контроль», «медицинский контроль», «ситуационный контроль». Существуют версии для диабетиков, которые лечатся с помощью инсулина, и для пациентов, которые используют пероральные противодиабетические средства.

Эти анкеты в настоящее время в нашей стране не доступны, для получения необходимого разрешения следует связаться с проф. Брэдли по адресу: Health Psychology Research, Department of Psychology, Royal Holloway, University of London, Surrey, TW20 0EX.

3) Проблемы и цели, лечебный план

При формулировке проблемы важно сосредоточиться на тех областях, где пациент имеет больше всего трудностей. Чаще всего речь идет об области диетических указаний, упражнений, контроля уровня сахара в крови и введении инсулина. Из психологических проблем наиболее часто наблюдается депрессия и тревога, а также, фобия игл, страх слепоты, ампутации и т.д.

Формулировка определенного случая должна быть направлена на объединение проблем, связанных с заболеванием, и других, скажем, межличностных трудностей (например, повышенное содержание глюкозы в крови связано с рабочим стрессом и т.д.) Приводим пример такой формулировки типичного порочного круга неадекватного поведения (рисунок 8.44.).

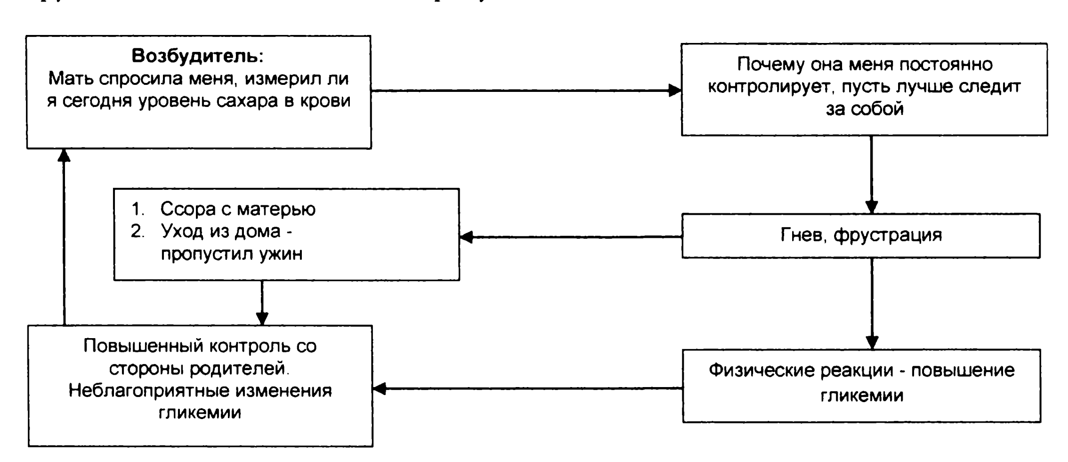


Рис. 8.44. Порочный круг неадекватного поведения пациента, страдающего сахарным диабетом

4) Лечебные интервенции

Наиболее важные лечебные интервенции при КБТ пациентов, страдающих сахарным диабетом:

1. образование;
2. помощь в принятии болезни;
3. когнитивная перестройка;
4. экспозиция пугающих ситуаций;
5. обучение навыкам при самостоятельном преодолении заболевания («self-management»);
6. обучение коммуникативным навыкам;
7. планирование времени и физической активности;
8. решение жизненных проблем.

Образование

Образование о болезни — обычная часть ведения пациентов в консультационном диабетическом центре. Речь идет об освоении сложного набора навыков, необходимых для ежедневного ухода. Они включают, например, роль инсулина или противодиабетических препаратов при регуляции уровня сахара в крови, способность соблюдения времени приема пищи и введения инсулина, измерение глюкозы, знание о содержании углеводов в продуктах питания и многое другое. Наша задача заключается в определении у пациента уровня этих базальных навыков. При выявлении недостатков в знаниях, пациенту необходимо предоставить контактные данные работников какого-либо образовательного центра.

Поддержка в принятии заболевания

Пациенты должны признать, что их заболевание — процесс, который они сами могут регулировать и оказывать на него влияние. Проблемы с восприятием этой болезни часто связаны с искаженными или неточными высказываниями о сахарном диабете (например, «Люди, страдающие сахарным диабетом, ни с кем не общаются. Рано или поздно мне придется идти на ампутирование»). Необходимо определить эти убеждения и взгляды и вместе с пациентом оценить их обоснованность.

Когнитивная перестройка

После надлежащего изучения проблемы занимаемся перестройкой АНМ пациента и приступаем к выявлению его когнитивных ошибок, неадекватных взглядов по отношению к заболеванию, дисфункциональных схем и основных убеждений, связанных с болезнью. Начиная работать с мыслями, которые имеют непосредственное отношение к болезни, постепенно переходим к работе с мыслями, которые влияют на функционирование пациента в семье, на работе, среди сверстников и т.д.

Экспозиция

Ряд пациентов с сахарным диабетом страдают от преувеличенной боязни инъекций, крови и т.д. В этом случае можно использовать бихевиоральные методы постепенной десенсибилизации. Кроме этого, при обучении новым коммуникативным способностям, можно использовать экспозиционные методы.

Обучение навыкам «самоуправления»

В первую очередь, основываемся на Дневнике контроля уровня сахара в крови и акцентируем внимание на тех областях, в которых пациент повторно терпит неудачу.

Обучение коммуникативным способностям

В случае если выявляются социально тревожные симптомы при заболевании, постоянные конфликты дома, например, из-за недостаточной заботы со стороны членов семьи, уместно провести практику ассертивного поведения.

4) Проблемы при лечении

Во время обследования, формулировки проблем и планирования терапии, необходимо учитывать 2 направления психологических аспектов диабета — с одной стороны, обеспечение качественного лечения диабета и, с другой стороны, общее хорошее психологическое состояние пациента. Необходимо считаться, как с прямыми (т. е., связанными с диабетом), так и с косвенными факторами, составляющими психологические проблемы. Если пациент принимает последствия диабета, КБТ может сосредоточиться на оптимизации самопомощи. Большинство интервенций будут успешными только в том случае, если пациент будет в состоянии достаточно долгое время поддерживать надлежащий уровень сахара в крови. Эта способность имеет прямое отношение к подкреплению доверия себе и чувству компетенции при преодолении сахарного диабета.

5) История

Светлана, 55-летняя госслужащая, пришла в кабинет терапевта после смерти своего мужа. В течение многих лет муж помогал Светлане в лечении сахарного диабета. При осмотре у диабетолога, был неоднократно установлен повышенный уровень сахара в крови в такой степени, что врач предложил лечение инсулином. Дети пациентки с этим не согласились и решили обратиться за помощью к терапевту. Детальный анализ ситуации показал, что Светлана после смерти мужа полностью ограничила свою общественную деятельность — у них с мужем были общие друзья. Она также жаловалась, что утром не хочет вставать с постели, перестала выполнять физические упражнения, и ко всему начала относиться безразлично. Терапия была направлена на улучшение состояния после смерти мужа, на рассмотрение ее заболевания сахарным диабетом, и в то же время, на обучение навыкам, необходимым для самостоятельного преодоления болезни. Пациентка поступила в отделение для лечения тревожных и депрессивных расстройств, где она работала в группе. Постепенно, в данной группе, она установила новые контакты, ослабились депрессивные симптомы, и уровень сахара в крови снизился до приемлемого уровня, даже без необходимости инсулинотерапии.

8.13.10. КБТ подход к онкологически больным пациентам

8.13.10.1. Описание заболевания

Онкологические заболевания являются одними из самых серьезных и сложных нарушений человеческого организма, включая психику. Достижения современной медицины значительно увеличили шансы на успешное лечение, что способствует продлению жизни пациентов. В рамках комплексного лечения возникает больше пространства для психологических интервенций.

Онкологические заболевания представляют собой гетерогенную группу расстройств с различной этиологией, методами лечения и прогнозом. Почти каждый человек, которому поставлен диагноз онкологического заболевания, даёт сильную психологическую реакцию. Лишь минимальное количество пациентов способны с самого начала принять свое заболевание и далее проживать свою жизнь без сильных эмоциональных изменений. Клинически значимые психологические проблемы включают в основном расстройство адаптации, депрессию и тревожное расстройство, т. е. проблемы, которые являются частой индикацией к КБТ. В последние годы были разработаны методы КБТ, которые помогают пациентам с онкологическими заболеваниями справиться с целым рядом специфичных психологических проблем, сопровождающих течение заболевания.

8.13.10.2. Точка зрения КБТ

Примерно у 20 % больных со злокачественными новообразованиями в ходе заболевания развиваются клинически значимые психологические симптомы. С точки зрения КБТ, психосоциальная адаптация к онкологическому заболеванию зависит от принятия 6 основных психологических проблем.

Из данного обзора видно, что когнитивные, бихевиоральные и межличностные факторы могут играть свою роль.

8.13.10.3. КБТ подход

1) Обследование КБТ

Оценка и выявление психосоциальных аспектов проблем, связанных с онкологическим заболеванием и его лечением, должны быть как можно более деликатными и учитывать уровень жизненного опыта пациента. Обследование должно касаться самого заболевания, отношений и анамнеза, терапевтического режима, преодоления, ощущений после сообщения диагноза и, в конечном итоге, самых неприемлемых аспектов заболевания. Следует избегать перегрузки пациента. Первый сеанс, по своей структуре очень похож на обследование при ПТСР и при других расстройствах адаптации.

Когнитивно-бихевиоральные элементы основных психологических проблем у онкологических больных (Faulkener, Maguire, 1994):

1. **Неопределенность будущего**
Чрезмерная озабоченность плохими перспективами.
Опасения по поводу рецидива заболевания и сбоя механизмов управления.
2. **Поиск смысла**
Когнитивное избегание симптомов заболевания.
Мысли о том, насколько онкологическое заболевание изменило взгляд на самого себя и на мир.
3. **Озабоченность потерей контроля над своей собственной жизнью**
Сосредоточенность, по крайней мере, при частичном контроле.
Опасения по поводу абсолютной потери контроля над заболеванием.
Обобщение тревожных мыслей при потери контроля.
4. **Необходимость в открытости**
Опасения по поводу неспособности открыто говорить о своей болезни.
Избегание неприятных тем во время разговора с сотрудниками.
5. **Необходимость в эмоциональной поддержке**
Чувство одиночества.
Избегание эмоциональных реакций.
Избегание возможных поддерживающих контактов.
6. **Необходимость в медицинской помощи**
Медицинские работники не несут ответственности за психическое состояние больного.

При КБТ обследовании рассматриваются актуальные позиции пациента и его текущие проблемы, а также его позиции и опыт прошлого. Важно узнать, не перенес ли кто-либо из родственников пациента в прошлом онкологическое заболевание, как пациент узнал о своем диагнозе, какое ограничение в жизни принесло ему это заболевание, и как он справляется с режимом лечения. На основании данного анализа можно создать индивидуально спроектированную концепцию болезни, при которой, в качестве наиболее опасных элементов могут рассматриваться различные аспекты заболевания. Следует иметь в виду, что этот анализ, особенно для менее опытных терапевтов, может сильно эмоционально повлиять и активировать их собственные оборонительные позиции, касающиеся страдания и смерти. В качестве помощи в этой ситуации рекомендуется соблюдать структуру проведения разговора, лучше всего хронологическим способом. Сами пациенты часто сообщают о том, что до сих пор ни с кем так подробно не обсуждали весь процесс заболевания, даже со своими близкими людьми. Такие пациенты, как правило, хорошо сотрудничают. Во время разговора важно помнить о необходимости осуществления постоянного измерения и сбора нужных фактов и подробностей, которые помогут создать модель индивидуальных проблем пациента.

2) Оценка и измерение

Кроме общих шкал тревоги и депрессии (Шкала депрессии и тревоги Бека, Шкала тревожных симптомов Гамильтона и т.д.) существует несколько специфичных оценочных шкал. Далее, следует несколько примеров:

Mental Adjusment to Cancer Scale (MACS) (Шкала психологического принятия рака, Watson и др., 1988.) Шкала, состоящая из 40 пунктов с акцентом на стратегиях преодоления трудностей, для пациентов с онкологическим заболеванием.

Cancer Behavior Inventory (Анкета поведения, связанного с раком (MerLuzzi, Martinez-Sanchez, 1997) Наиболее часто используемая версия имеет 12 пунктов и фокусируется на степени адаптации пациента к болезни.

3) Проблемы и цели, план лечения

Список проблем пациентов, страдающих онкологическим заболеванием, содержит те трудности, которые вызывают и поддерживают тревогу и депрессию, а также более общие проблемы, касающиеся социальных, а часто и физиологических вопросов. Среди предикторов депрессивных расстройств есть пораженческие позиции; избегающее поведение часто связано с высоким уровнем тревоги. Иногда у больных присутствуют воспоминания о подобных переживаниях в прошлом (например, о смерти любимого человека); крайне интрузивный характер и обзор психических проблем часто напоминают о ПТСР.

4) Терапевтические интервенции

Терапевтические интервенции сосредоточены в особенности на следующих областях:

1. **Предотвращение избегающего поведения** — избегание может стать основной стратегией при адаптации к болезни. Следует подчеркнуть, что оно отличается от отказа, другой стратегии при адаптации к заболеванию. При когнитивном избегании пациент знает, что страдает злокачественным заболеванием, но принял решение не думать о нем. Эти два состояния важно отличать, потому что они требуют различный подход. При избегании, пациент на вопрос, знает ли он, каким заболеванием он страдает, отвечает положительно. Необходимо осознать, что данное когнитивное избегание может являться основным фактором, поддерживающим тревогу и депрессию пациента, и поэтому, внимание акцентируется на определении взглядов и убеждений, которые к нему приводят.
2. **Улучшение контроля болезни** — ведение дневников, осуществление записей о степени боли, усталости.
3. **Преодоление неопределенности** — основываемся на принципах, что пациента беспокоит не сама неопределенность, а его мнение о ней.
4. **Улучшение социальной поддержки.**

8.13.11. КБТ подход к синдрому Туррета

8.13.11.1. Описание расстройства и клинические примечания

Синдром де ла Туретта, комбинированное вокальное и многочисленное моторное тиковое расстройство (F 95.2) — долговременное заболевание с колеблющимся развитием, которое возникает в детском возрасте. Типичными бывают периоды с многократными повторяющимися вокальными тиками — покашливанием, хрюканьем, хрипением, лаем, частыми выкрикиваниями нецензурных слов или фраз — копролалия. Далее появляется эхопраксия — повторение поведения, происходящее у наблюдаемого человека, и копропраксия — манипуляция с фекалиями. Атаки чередуются с ремиссией. Сообщается, что заболеваемость этим расстройством наблюдается: 1 случай на 1000 жителей. Соотношение мужчин — женщин составляет 9:1.

Коморбидность при ОКР составляет 70 %. У пациентов с синдромом Туррета происходит более частое возникновение психических заболеваний (Little, 2000).

Гера был исключительно одаренным школьником. Он вырос в гармоничной семье, в которой был единственным ребенком, его родители были заботливыми и добрыми, и до начала заболевания у него не было никаких забот. Однажды, по дороге домой из школы, у него появилось сильное желание издавать странные звуки. Это было немного похоже на хрюканье свиньи и рычание собаки. Он издавал эти звуки всю дорогу домой, но осознавал, что то, что он делает, выглядит смешно и неуместно. Он ничего не мог поделать. Перед домом он встретил подругу, ему было ужасно стыдно, но, тем не менее, не мог остановить хрюканье. Она удивилась тому, что Гера делает, и назвала его сумасшедшим. Ему было очень больно. Тем не менее, он не смог остановиться даже дома. Родители были в ужасе от его поведения, и вскоре узнали, что речь идет о каком-то расстройстве, а не о прихотях их сына. Педиатр Геры отправила его в специализированное отделение, и с этого началась пожизненная борьба Геры с синдромом Туретта. Затем постепенно добавлялись и другие симптомы: броски плечом, битьё по вещи, появились сильные позывы выкрикивать, иногда даже пошлые слова, и что было еще хуже, одно время он безудержно потирал глаз так сильно, пока не повредил роговицу, и стал плохо видеть на один глаз. У людей, которые хорошо знали его, было определенное понимание, но его перемещение на общественном транспорте, переговоры в различных учреждениях стали для него кошмаром. При этом Гера хорошо учился и пытался не ограничивать любую свою деятельность. Тем не менее, он никогда не был в каком-либо лагере и начал очень стесняться девушек. Половое созревание он пережил только среди близких друзей, но у него началось новое бедствие, когда перед выходом из дома он был вынужден по 10—20 раз все тщательно проверять — плиту, окна, электричество, он никогда не был полностью уверен, что все безопасно и в порядке. Он неоднократно возвращался домой, чтобы все проверить, особенно, если выходил из дома последним. Если ему не удавалось проверить все, что ему было необходимо, его тики ухудшались, и это было невыносимо. В зрелом возрасте, когда он уже работал, он решился пройти психотерапию, которую ему порекомендовал его невролог.

8.13.11.2. Точка зрения КБТ

1) Бихевиоральные факторы

Поведение людей с синдромом Туретта включает как собственные проявления заболевания, т. е., вербальные тики — громкие невнятные проявления и сформулированные однословные выкрикивания часто непристойных слов, и моторные тики, например, подергивание конечностей, но и более сложные движения — например, поправление платья, очков, прикосновение, постукивание и неоднократные удары по разным вещам, иногда даже по людям. Этот перечень указывает на наличие определенных психологических трудностей и дискомфорт, которые встречаются у больных пациентов. Пациенты, полностью осознающие неадекватность своих действий, испытывают долговременное чувство беспомощности,

гнева и стыда за себя, которые приводят к чувству неполноценности, несостоятельности, и могут привести к депрессивным и тревожным расстройствам. Другая модель поведения, связанная с этим заболеванием, — избегающее поведение, которое обедняет жизнедеятельность и самореализацию.

2) Когнитивные факторы

Когнитивные факторы, характерные для пациентов с синдромом Туретта, включают мысли, связанные с позором, чувством неполноценности, иногда обидчивостью, граничащими с параноидальными мыслями.

3) Межличностные факторы

При социальных контактах, эти пациенты находятся в невыгодном положении в особенности при контакте с противоположным полом, незнакомыми людьми, публичных выступлениях и т.д.

8.13.11.3. КБТ подход

1) КБТ обследование

Обследование при КБТ включает наиболее подробное и точное отображение жизненных проблем пациента, его позиций по отношению к ним и к самой болезни. Необходимо иметь в виду, что примерно 70 % пациентов с синдромом Туретта также страдают от навязчивых идей и ритуальных действий, и некоторые отвечают всем критериям ОКР. Поэтому, именно таким образом, с помощью целевых вопросов, следует отобразить этот возможный вариант психопатологии.

2) Оценка и измерение

При подходе к КБТ целесообразно использовать общие шкалы для определения уровня тревоги и депрессии, если они имеются в наличии, далее, шкалу социальной фобии Лейбовица и Y-BOCS, шкалы для определения обсессий и компульсий, если присутствует обсессивно-компульсивное поведение (см. соответствующую главу).

Для измерения частоты и интенсивности тиков используется специфическая шкала Yale Global Tic Severity Scale. (Эту шкалу можно получить у автора, с разрешения проф., MUDr. E. Růžičky, DrSc.)

3) Проблемы и цели, план лечения

Наиболее распространенные проблемные области у пациентов, страдающих синдромом Туретта:

1. Фактические симптомы заболевания — тики;
2. При обсессивно-компульсивных симптомах — ритуальные действия: чрезмерный контроль, умывание и т.д.;
3. Несоответствующие социальные связи, изоляция;
4. Низкая самооценка;
5. Гнев и связанная с ним повышенная напряженность, ведущая к ухудшению симптомов.

Устанавливаются конкретные, измеримые цели терапии, акцентируется внимание на снижении симптомов заболевания и улучшении социальных связей и т.д.

4) Лечебные интервенции

План лечения должен исходить от простых, в основном бихевиоральных, легко преодолеваемых шагов, когда уже заметно улучшение после более короткого периода, до более сложных когнитивных методов. Этапы лечения основываются в основном на стратегиях, используемых при лечении обсессивно-компульсивного расстройства и социальной фобии. В дополнение к общим методам КБТ, при лечении больных с тиковым расстройством, могут быть использованы следующие процедуры:

1. *Отображение тиков;*
2. *Разделение тиков на отдельные шаги;*
3. *Перенасыщение;*
4. *«Несчастное время»;*
5. *Вербализация побуждения к тику.*

Синдром Туретта — это заметное расстройство, которое приводит ко многим осложнениям, особенно в социальной сфере — отношения, работа, друзья; по этой причине, в большинстве случаев подходящим продолжением терапии должно стать решение практических жизненных проблем.

Литература

Antoni M.H., Cruess S., Cruess D.G. Cognitive-behavioral stress management intervention effects on anxiety, norepinephrine output and T-cytotoxic / suppressor cells over time among symptomatic HIV-infected gay men. Ann. Nebav. Med., 2000.

Bradley C. Handbook of Psychology and Diabetes. A guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practise. Harwood Academic Publisher, 1994.

Brewin C.R., Power M.J. Integrating psychological therapies: Process of meaning transformation. British Journal of Medical Psychology, 1999.

British Medical Journal, 1996, č. 312.

Enright S.J. Cognitive behaviour therapy-clinical aplications. British Medical Journal, 1997.

Faulkener A., Jaguáre P. Talking to Cancer Patients and Their Relatives. Oxford: Oxford University Press, 1994.

Greer S., Moorey S., Baruch J.D.R. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. British Medical Journal, 1992.

Johnston M., Kortison V., MacWalter R. et al. Perceived control, coping and recovery from disability following stroke. Psychology and Health, 1999.

Kostis J.B., Rosen R.C., Cosgrove N.M. Nonpharmacologic therapy improves functional and emotional status in congestive heart failure. Chest, 1994.

Malá E. Tikové poruchy. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000.

Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain, 1975.

Merluzzi T.V., Martinez-Sanchez M.A.M. Assessment of self efficacy and coping with cancer: Development and validation of the cancer behaviour inventory. Health Psychology, 1997.

Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health, 2002.

Petrie K.J., Weinman J., Sharpe N. et al. Roles of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction. Longitudinal study.

Prohaska T.R., Keller M.L., Leventhal E.A. et al. Impact of symptoms and aging attribution on emotions and coping. Health Psychology, 1987.

Salkovskis P.M. Somatic Probléme. In Hawton K., Salkovskis P.M., Kirk J., Clark D.M. (eds.) Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Probléme. Oxford University Press, 1989.

Sensky T. Cognitive-Behavior Therapy for Patients With Physical Illnesses. Cognitive-Behavior Therapy, 2004, č. 23.

Sensky T. Patient's reactions to illness: cognitive factors determine responses and are amenable to treatment. British Medical Journal, 1990.

Sharpe L., Sensky T., Timberlake N. A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioral intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity. Pain, 2001.
Watson M., Greer S., Young J. et al. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer. The MAC scale. Psychological Medicínĕ, 1988.
White C.A. Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Probléme: The Willey Series in Clinical Psychology. Willey, 2000.
Wilhelmsen I., Haug T.T., Ursin H. Effect of short termed CBT on recurrence of duodenal ulcer. Psychosomatic Medicíne, 1994.
Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrova Scandinavica, 1983.

8.14. КБТ хронической боли

Ярослава Рауденска

8.14.1. Хроническая боль — описание расстройства

8.14.1.1. Клинические проявления

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Международная ассоциация по изучению боли (IASP, International Association for the Study of Pain) определяет это явление, как субъективное неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с острым или потенциальным повреждением ткани, и описывает это нарушение в определённых терминах. Хроническая боль, с точки зрения фактора боли, подразделяется на острую, хроническую и рецидивирующую.

Острая боль выполняет функцию предупредительного сигнала и соответствует развитию и типу заболевания. Доминирует ноцицепция (чувствительность к действию раздражителя, вызывающего в организме ощущение боли), присутствуют все 3 аспекта боли: сенсорные, аффективные, оценочные, но более значимыми считаются сенсорные. Интенсивность боли резко возрастает, но её можно снизить с помощью терапии, облегчение наступает относительно быстро, возникает положительное ожидание, что боль можно преодолеть.

Периодические боли представляют собой переход между острой и хронической болью. Она меняется со временем, кульминирует, отступает, наступает безболезненная фаза. Примером являются периодические головные боли, боли брюшной полости или груди. Боль возвращается, появляется нерегулярно, не выполняет функцию предупреждающего сигнала. Ее интенсивность колеблется с болезненными эпизодами. Уменьшается доля сенсорных аспектов, большее значение имеют аффективные и оценочные аспекты. Больной испытывает страх, беспокойство и долговременный эмоциональный стресс, ограничивает свою активность и интересы, учится пассивности, повышается зависимость от лекарственных препаратов, возникает ожидание дальнейшей атаки боли и ощущение беспомощности, мысли, что лечение неэффективно.

На протяжении всей главы будет рассмотрена *хроническая боль*, которая определяется своей продолжительностью (дольше 3-х месяцев), но может длиться в течение краткосрочного периода. Она сохраняется на протяжении всего лечения, при этом отсутствует функция предупреждающего сигнала, она ограничивает активность больного, социальные и рабочие контакты и интересы. Монотерапия не приносит никакого эффекта (Mareš и др., 1997). При хронической боли, ноцицепция отступает на второй план, важными становятся аффективные и оценочные аспекты. Боль проявляется в соматической составляющей посредством интенсивности, меняющейся во времени, области, типа боли (колит, жжет и т.д.), бессонницы, ангедонии, потери аппетита, проблемами с весом, потери либидо, интересов и энергии, повышенной утомляемости, снижении производительности, несосредоточенности. Эмоциональная составляющая боли характеризуется гневом, страхом, беспокойством, или грустным, пессимистическим настроением с чувством отчаяния и безнадежности, что лечение будет длиться всю оставшуюся жизнь. Когнитивный компонент хронической боли включает представления о возникновении и поддержании боли, определенных ожиданий от лечения, чувство собственной вины или вины других людей, субъективные ощущения собственной способности, применение и влияние различных стратегий к решению проблем и т.д.

Бихевиоральный компонент характеризуется болезненным поведением: уменьшение или избегание активной деятельности, занятие защитных и облегчающих поз, мышечное напряжение, вздохи, поиск социальной поддержки, чрезмерное потребление лекарственных препаратов, повторный поиск медицинской помощи, требование финансовых и социальных пособий.

Системный подход к хронической боли показан на рисунке 8.45. У пациентов с хронической болью, чередующимся психическим состоянием, иррациональными когнитивными схемами и болезненным поведением, можно повлиять на все модальности хронической боли. Если произойдет изменение в одной модальности хронической боли, это изменение положительно повлияет и на другие.

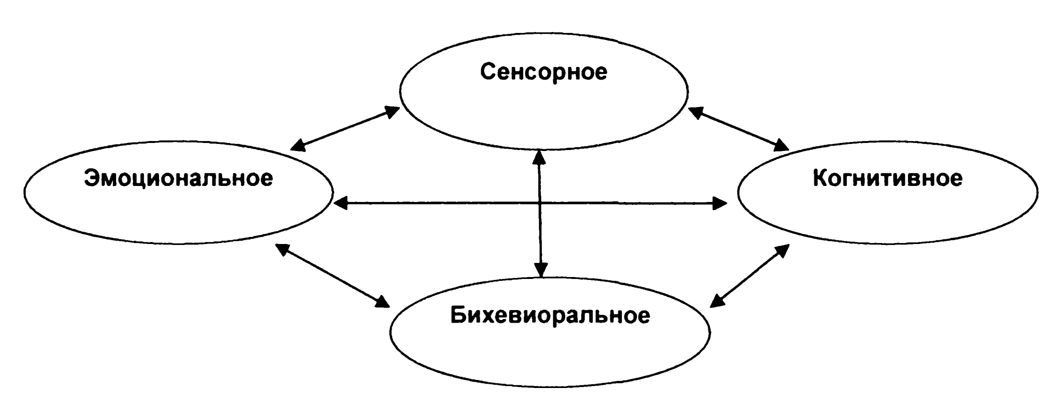


Рис. 8.45. Системное соединение модальностей при хронической боли

Типичный пациент с хронической болью, как правило, испытывает боль одновременно в нескольких участках тела, например, головную боль, боль в спине, нижних конечностях, и, не смотря на различную медицинскую помощь, ощущает минимальное облегчение. Он ограничен в активности, в эмоциональном плане это состояние приводит к нерациональной оценке заболевания и боли, к отрицательному самовосприятию и взгляду на будущее, к чувству безнадежности, беспомощности и через порочный круг — к ухудшению симптомов самой боли. Даже после нескольких лет лечения он не имеет соответствующего соматического диагноза, который удовлетворительно объяснил бы присутствующую боль. Это, естественно, увеличивает его беспокойство — пациент правомерно предполагает, что поставленный соматический диагноз должен соответствовать правильно проводимой терапии. Дальнейшие обследования (КТ, МРТ, рентген) не показывают ни одного нового соматического нарушения, что приводит пациента к еще большей неопределенности и тревоге. Боль, по-прежнему, присутствует. Он больше отдыхает, ограничивает свою активность в целях повышения терапевтического эффекта — это приводит к снижению физической формы и уверенности в своих способностях. Использование костылей, корсетов и других вспомогательных средств ведет лишь к дальнейшему снижению физической активности. Долговременный отдых, лежание, пассивность, потеря социальных контактов, изоляция и одиночество, неспособность заботиться о себе, справляться с чувством гнева и злости приводят к депрессии и низкой самооценке. Пациент теряет всякую мотивацию, чтобы что-либо сделать для снижения боли, начинает зависеть от других, получает награду за страдания в виде повышенного внимания, уменьшает собственную ответственность. Больной вдруг начинает беспокоиться, что не в состоянии подняться без отдышки и боли по лестнице, что раньше для него не составляло никаких трудностей; боль в крестце или повышенную усталость он объясняет, как часть нерешенных болезненных расстройств. Систематическое применение лекарственных препаратов может вызвать трудности, которые пациент интерпретирует, как часть боли. Слишком интенсивная реабилитация может усилить боль у тревожных пациентов, что часто приводит к отказу от другого вида реабилитации. В этом случае присутствуют и хорошие дни без боли, или с более низкой интенсивностью боли, когда пациент ходит по магазинам, выезжает на однодневные поездки с семьей, наслаждается работой в саду. Повышенные усилия иногда приводят к повышению интенсивности боли, и вместе с ней к последующему страху любой дальнейшей физической активности и возможного ущерба. Это только подтверждает убеждение пациента, что он уже ни на что не способен, даже на работу в саду, осуществление покупок или на поездку с семьей на природу (Williams, 1997).

8.14.1.2. Диагноз хронической боли

Хроническая боль — симптом многих заболеваний, но также и отдельная нозологическая единица. Болезненные синдромы часто становятся частью нескольких систем и превышают воображаемые границы отдельных специализаций, которые занимаются вопросами боли (хирургия, ортопедия, анестезиология, неврология, психиатрия). По продолжительности, боль делится на острую, рецидивирующую и хроническую, далее на опухолевую и неопухолевую. Наиболее частое клиниче-

ское определение боли различает ноцицептивную и нейропатическую (центральную, периферическую). Среди наиболее распространенных хронических болезненных состояний признана боль в спине, артрит и головная боль.

8.14.1.3. Эпидемиология хронической боли

Боль сопровождает почти все заболевания. Примерно 50 % людей страдает от хронической боли, количество растет пропорционально возрасту (Papežová, 2002). Несмотря на то, что в специальной литературе можно прочитать, что лечение острой боли в настоящее время очень эффективно, число пациентов с хронической болью продолжает расти. Врачи и пациенты часто разочарованы тем, что после устранения причины острой боли, боль становится хронической.

8.14.1.4. Этиопатогенетические факторы хронической боли

По мнению философа Декарта, боль — это реакция на известный стимул, она предсказуема и понятна. Но при лечении хронической головной боли, когда причина неизвестна, или хронический боли в спине, когда причина была найдена, и больной прошел курс лечения, это утверждение не действует. Возникновение и поддержание хронической боли может лучше объяснить биопсихосоциальная (целостная) модель Луисера (рисунок 8.46.) (Loeser, 1980, Loeser и Turk, 2001).

Ноцицепция считается известным или потенциальным, тепловым или механическим нарушением, которое приводит к боли у интактных животных. Боль приводит к страданиям, негативным эмоциональным реакциям (депрессия, беспокойство или страх). Страдание обычно приводит к болезненному поведению.

Часто обсуждается вопрос по поводу соматической и психогенной причины боли. Дуалистическая модель происхождения боли заключается в следующем: боль возникает посредством ноцицепции, т.е. первичным повреждением ткани, или вследствие страдания. Оба типа относятся к стрессу. При целостном подходе необходимо сосредоточиться на взаимосвязи между страданием и болью — боль обычно приводит к страданиям, и страдания через соматизацию могут вызывать боль (Sullivan и Turk, 2001). Эта модель позволит нам отказаться от классического дуализма и понять, что хроническая боль, как правило, находится под воздействием когнитивных и эмоциональных факторов, а социальное и психологическое повреждение в результате болезненного опыта бывает одинаково обременительным, как и соматическое повреждение. Перед врачами стоит задача определить, какой из факторов при развитии хронической боли наиболее важен и, в зависимости от этого, назначить терапию для конкретного пациента.

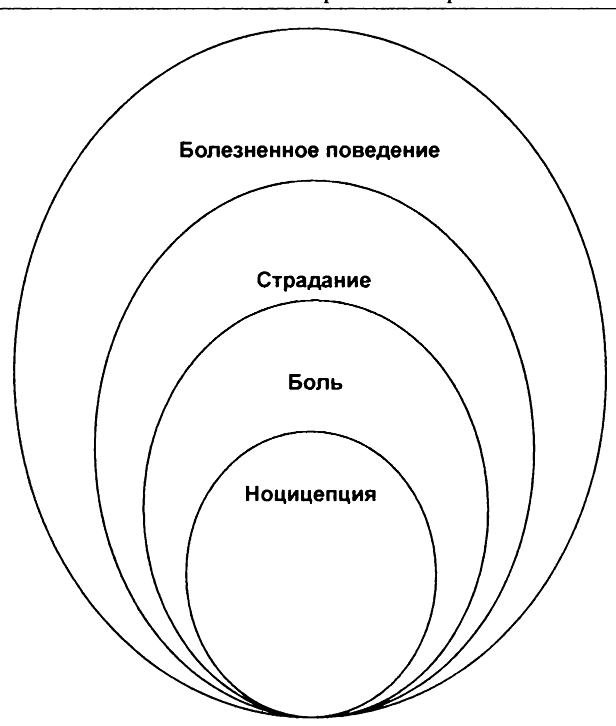


Рис. 8.46. Биопсихосоциальная концепция хронической боли (Loeser и Turk, 2001)

Негативные последствия для развития хронической боли имеют плохие экономические условия в семье и низкий уровень образования пациента, далее, ограниченная по времени, мануальная и монотонная работа, неудовлетворенность своей профессиональной деятельностью, конфликты на работе, безработица, получение компенсационных выплат (Main, Keefe, Rollman, 2002). Стресс влияет на возникновение, развитие и интенсивность хронической боли, однако, сама хроническая боль вызывает напряженность, увеличивает частоту негативных эмоциональных выражений и влияет на качество жизни (Rokyta, 1998). Под воздействием хронической боли пациент может стать более депрессивным, беспокойным и некритичным, чем, если это происходило бы в обычных условиях. Становится ясно, что пациенты с хронической болью, которые не могут с ней справиться, в течение всей своей жизни не способны научиться бороться с трудными ситуациями и со стрессом. У таких людей происходит изменение самовосприятия, ухудшается их самооценка и чувство собственного достоинства в связи с последствиями соматического и социального положения. Заболевание, связанное с болью, изменяет социальную позицию больного, который теряет свою профессиональную роль, удовлетворение и престиж. Меняется и роль больного в семье, он становится зависимым от других.

8.14.1.5. Дифференциальный диагноз и коморбидность хронической боли

У пациентов с хронической болью, коморбидность депрессии, тревожных и фобических расстройств, оказывается довольно высокой. Фактор риска возник-

новения хронической боли — большее число соматических заболеваний, большее количество болезненных мест, более высокая интенсивность боли, значительное снижение активности, функциональное ограничение, использование большего количества медицинских препаратов, зависимость от лекарственных средств и т.д.

Боль, как часть соматического синдрома депрессии встречается примерно у 50 % пациентов с депрессивными расстройствами, которые могут иметь пониженный порог боли и ее терпимости (Höschl, 1999). Соматические симптомы депрессии и соматические симптомы хронической боли часто пересекаются. Уилсон (2001) определил для пациентов с хронической болью специфические альтернативные соматические симптомы депрессии по шкале Бека, а именно, депрессивный вид, социальную изоляцию, лежание или сидение, ангедонию, неспособность наслаждаться какой-либо деятельностью и пониженную реакцию на приятные события. Депрессия встречается у 19—54 % пациентов с хронической болью в результате длительной фрустрации из-за боли (Geisser и др. 2000). На основании адаптационной бихевиоральной модели депрессии Лэвинсона (1974; Rudy и др., 1988; рис 8.47.), пациент постепенно становится депрессивным со снижением активности в результате боли: он не в состоянии ходить на работу, активно проводить свое свободное время с семьей, дойти до магазина, наклониться, подняться по лестнице, причесаться. Когнитивная модель депрессии у пациентов с хронической болью подчеркивает роль жизненных событий, стресса, безысходности, низкой самооценки и сниженной способности преодолевать боль. Когнитивно-бихевиоральная модель предполагает, что депрессия — результат болезненного состояния, поддерживаемого снижением физической и социальной активности, а также способности справиться с ситуацией.

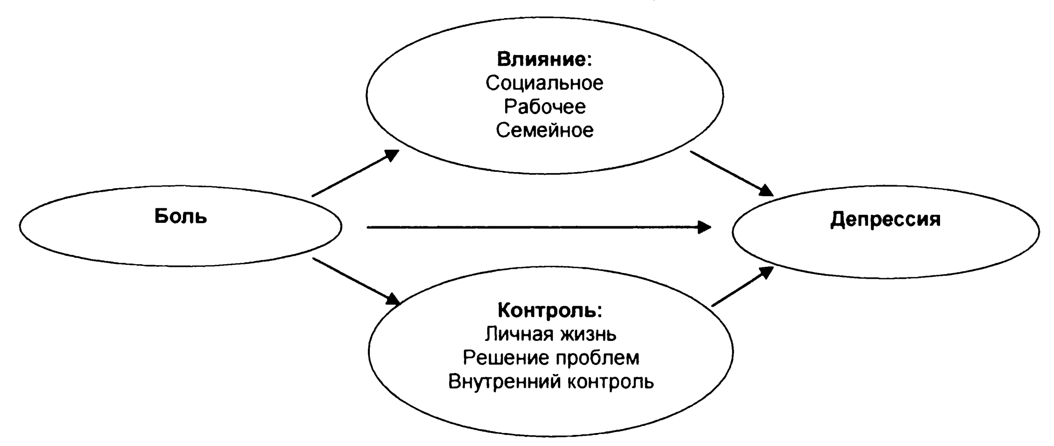


Рис. 8.47. Адаптационная бихевиоральная модель депрессии Лэвинсона

Хроническая боль очень часто сопровождается тревогой. Определенное количество пациентов с хронической болью страдают от ГТР или ПР. Дифференциальная диагностика пациентов с болью фокусируется на различных судорожных приступах, в особенности, на эпилепсии, сердечной аритмии, интоксикации медицинскими препаратами и синдроме зависимости. Примерно 25 % пациентов,

которые приходят к врачу с болью в груди, являются пациентами с ПР, которое не исключает сердечные или другие судорожные заболевания. Было установлено, что ПР страдает 41 % пациентов с острой болью в брюшной полости и 15 % пациентов с хроническими головными болями (Reilly и др. 1999).

Критерии фобических тревожных расстройств, в частности специфических фобий, прослеживается у 17—30 % пациентов с хронической болью (Frombach и др., 1999). Типичные специфические фобии характеризуются ощущением чувства страха перед болью (алгофобия), страхом движения (кинезиофобия) и страхом крови и операций (Asmundson и др., 1999). Развитие страха боли связано с неприятным опытом при болезни, травме, операции, медицинским вмешательством, поведением семьи и медицинским персоналом во время обследования, лечения и восстановления. Страх боли часто имеет более высокую интенсивность, чем сама боль. Голландские психологи, занимающиеся связью между страхом и болью, считают, что взаимный биопсихосоциальный контекст выглядит гораздо шире (Raudenská, 2003) (рисунок 8.48.).

Контакт с пугающей ситуацией или деятельностью (наклон, ходьба, положение лежа, положение сидя, длительное положение стоя, реабилитационные упражнения) может вызвать панику при агорафобии, пациент испытывает сильную тревогу, сопровождаемую соматическими симптомами (тахикардия, гипервентиляция, тремор, потливость, сухость во рту, боли). Антиципационная тревога часто присутствует при одной только мысли об опасном движении или ситуации, в которой может возникнуть боль (Mc Cracken и др., 2002).

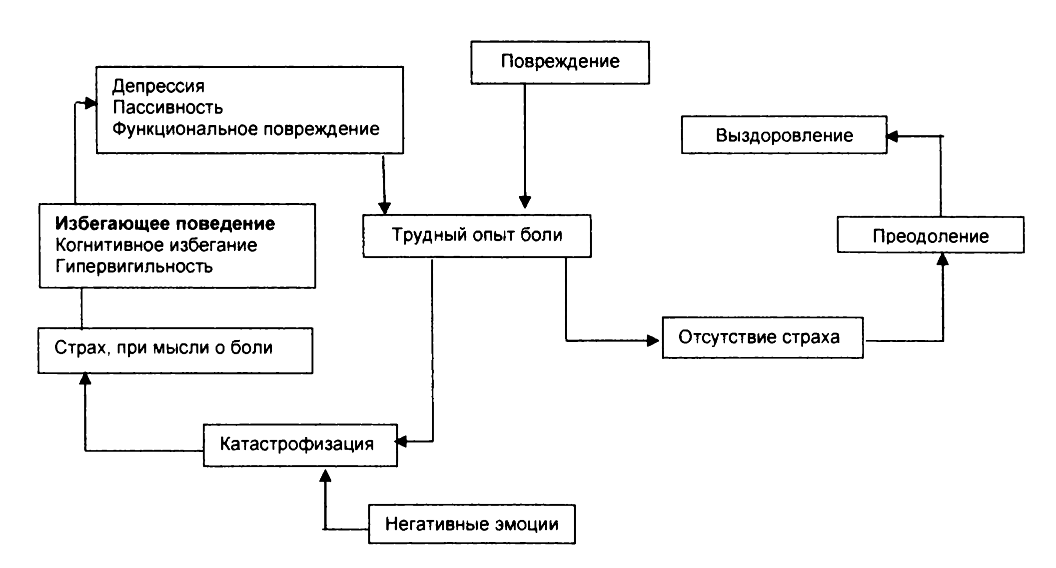


Рис. 8.48. Страх, связанный с болью (Vlaeyen и др., 1995)

Более высокий уровень тревоги может влиять на интенсивность боли и болезненное поведение (рисунок 8.49.). Тревожные пациенты избирательно выбирают стимулы, которые специфическим образом связанны с болью, а также являются более чувствительными по отношению к ней (Eccleston, 2001). Пациент переоценивает угрозу травмы и недооценивает свою способность справляться с ситуа-

цией, связанной с болью («Я не могу двигаться, иначе мне будет больно»). Страх боли приводит некоторых пациентов к избеганию какого-либо движения и социальной деятельности. Последствием может стать снижение социальной ответственности, дальнейшее ухудшение работы мышц, изменение в сердечно-сосудистой системе, снижение физической кондиции, депрессия, постоянные жалобы на соматические симптомы, более частое обращение за медицинской помощью и применение лекарственных препаратов (Mareš, 2002).

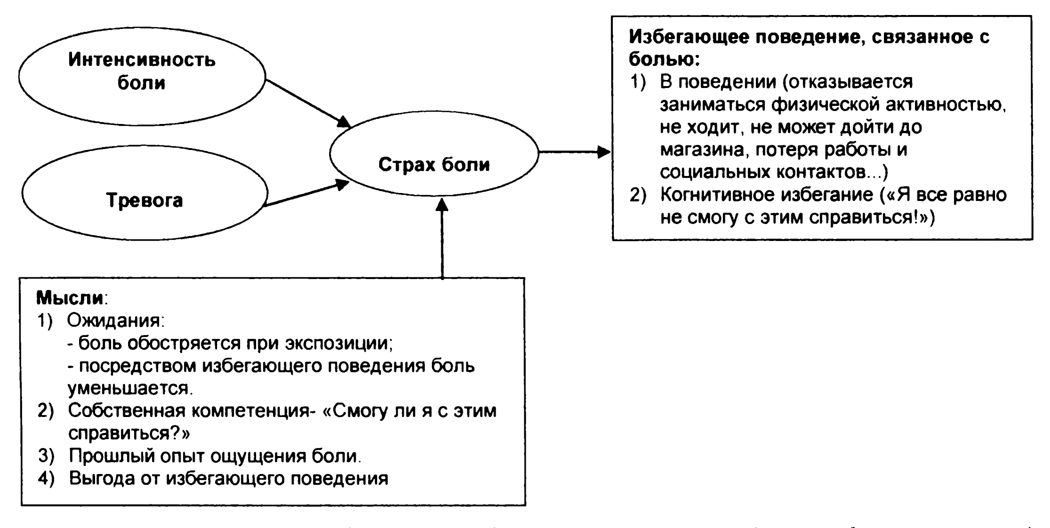


Рис. 8.49. Тревога и страх боли при избегающем поведении (Asmundson и др., 1999)

8.14.1.6. Развитие

КБТ на основе теории «входных ворот» выделяет факторы, которые могут влиять на интенсивность боли. Это эмоциональные, когнитивные, физиологические и бихевиоральные факторы (таблица 8.30.).

Таблица 8.30. Факторы, влияющие на общее ощущение боли (Turner и Romano, 2001)

Влияние	+ (усиление боли)	— (ослабление боли)
Соматическое	Более высокая нагрузка Напряжение мышц	Мышечная релаксация Тепло, холод Медицинские препараты
Эмоциональное	Тревога Депрессия Гнев	Счастье Релаксация
Когнитивное	Опасения Повышенное внимание к боли Катастрофизация	Акцентирование внимания Стратегии управления

8.14.2. Точка зрения КБТ на хроническую боль

8.14.2.1. Бихевиоральные факторы хронической боли

Болезненное поведение, в частности снижение физической активности, первоначально приводит к снижению боли. В соответствии с теорией классического обусловливания, это поведение — реакция на болезненный стимул (ноцицепцию), во время обучения подобное поведение может возникнуть и в ситуациях, когда боль не ощущается. Поддержание болезненного поведения посредством оперантного обусловливания зависит от условий в семье, на работе и на приеме у врача. Речь идет о наборе характеристик психосоциальной среды, которые могут модифицировать испытывание боли в двух направлениях: снижать и делать ее более интенсивной (отрицательное и положительное подкрепление). Пациент, который награждается за болезненное поведение, имеет другую мотивацию к лечению, чем больной, чье болезненное поведение отвергается. Болезненное поведение может быть культурно и социально определено, социальные нормы определяют, что считает нормальным индивид определенного возраста, пола и этнического происхождения. Киф (1996) для измерения интенсивности болезненного поведения рекомендует вести дневник (таблица 8.31.). Он должен содержать измерение интенсивности боли, напряженности, активности, положения тела, приема лекарственных препаратов, мыслей, связанных с перегрузкой или снижением активности и эмоций. Для описания болезненного поведения также целесообразно использовать видео.

Таблица 8.31. Наблюдение за болью и ежедневной деятельностью (Williams, 1997)

День	Что я делал?	О чем я думал?	Степень напряжения	Степень боли
Утро	Я отдыхал на диване	Мне больно. Что я буду делать, если боль станет еще сильнее?	7	8
Обед	Я пил чай с сестрой	Я думал о том, что сестра пришла ко мне в гости	2	4
Вечер	Я смотрел телевизор, сидя на диване	Я думал о телевизионной передаче, о спорте. Моя следующая ночь тоже будет полна боли?	7	4

8.14.2.2. Когнитивные факторы хронической боли

КБТ акцентирует свое внимание на преодолении боли. То, как пациент справляется с болью, в значительной степени зависит не только от его поведения, но и от его когниций (позиций, восприятия и убеждений).

Представления (убеждения) о боли могут быть культурно обусловлены, находиться под влиянием личностных диспозиций, включать когнитивные стратегии преодоления и ожидания. С ними связана самоэффективность (self-efficacy) (Bandura, 1977), т. е. оценка способности справляться с трудностями собственного поведения для решения ситуаций, связанных с болью. Мысли и представления, поведение и эмоциональные реакции пациентов с различным локусом контроля (locus of control) будут отличаться. Внутренний локус контроля связан с более низким уровнем депрессии, боли и тревоги, с лучшей физической активностью.

Если пациент считает, что здоровье, болезнь или боль являются результатом его собственного поведения, он будет активнее справляться с болью. Те, кто считают себя менее способным, более склонны к разочарованию, сомневаются в своих стратегиях решения проблем, боятся выполнять ежедневную работу, но и ту деятельность, которой редко приходится заниматься, имеют более высокий уровень стресса, тревоги, интенсивности боли и придают больше значение соматическим симптомам. Например, пациенту с болью в спине сообщается, что упражнения на растяжку могут помочь ему снизить боль. Он может поверить данной информации, либо не воспринимать ее. Если он поверит, что физические упражнения действительно ему помогут, он может засомневаться в своей способности справиться с физическими упражнениями. Чтобы упражнения на растяжку смогли стать эффективной стратегией преодоления трудностей, пациент должен: 1) верить, что это будет полезным для него; 2) верить, что он в состоянии выполнять упражнения; 3) убедить себя, что будет их выполнять; 4) верить, что лишь после этого, определенный опыт преодоления боли будет результатом всего процесса.

Внутренний локус контроля, позитивное представление о своих собственных способностях, оптимизм, более широкий набор стратегий для преодоления и положительные примеры, связанные с болью — когнитивные факторы, хорошо влияющие на поведение и эмоциональные реакции. Их противоположность, то есть, внешний локус контроля, негативные представления о собственных возможностях, пессимизм, отрицательные мысли, связанные с болью и неспособностью справиться со стрессом, становятся очень близкими к когнитивной точке зрения при депрессии (Estlander, 1996).

8.14.2.3. КБТ модель хронической боли

При развитии КБТ боли значительное место заняла *теория ворот боли* (gate theory), которая была опубликована в 1965 году Уоллом и Мельзаком. Когнитивные, бихевиоральные и эмоциональные компоненты, в соответствии с данной теорией, являются ключевыми в сложной системе боли. Информация о болезненных событиях может быть изменена посредством специфических механизмов и может закрыть дверь другим данным о боли. Данным путем происходит влияние на интенсивность боли.

Американский психиатр Фордайс в 60-х и 70-х гг. разработал концепцию болезненного поведения. Лечение боли было основано на бихевиоральной терапии. На работе Фордайс и Турка основана биопсихосоциальная модель Луесера, который отличал сенсорные, когнитивные, эмоциональные и бихевиоральные влияния. Американский психолог Турк, в начале 80-х гг., разработал когнитивно-бихевиоральную модель хронической боли на основе работы Бека, Руша, Шоу и Эмери. В начале 90-х гг., на основе работы Салковски, сосредоточенной на изучении тревоги и депрессии при хронической боли, начинает применяться когнитивная терапия. Поведение больного по-прежнему важно, но чисто оперантная модель была заменена когнитивно-бихевиоральной моделью.

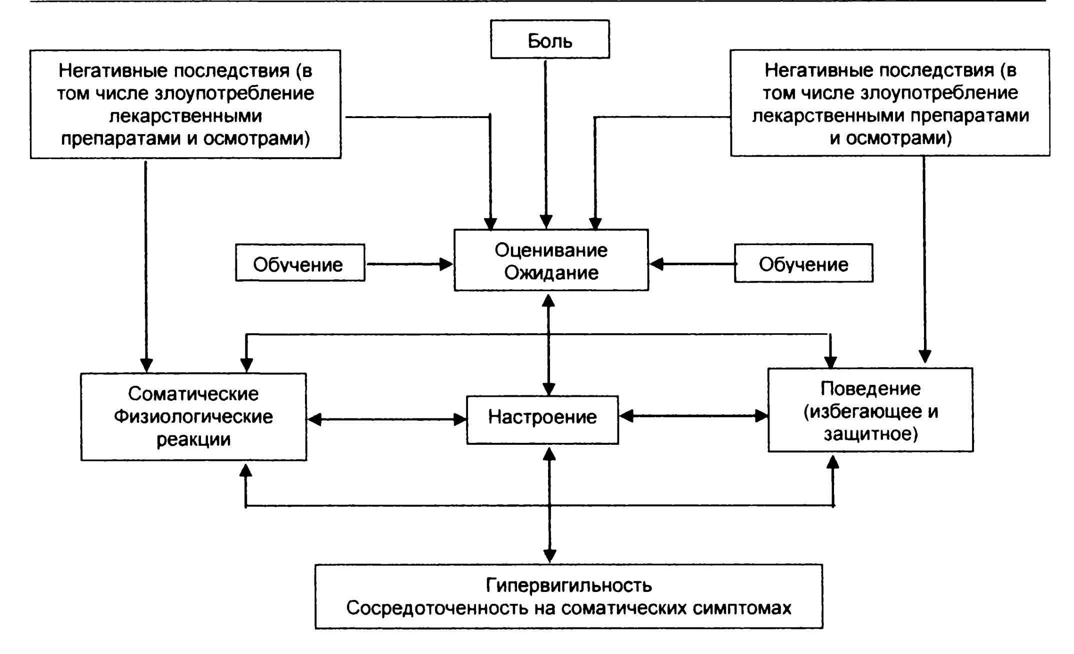


Рис. 8.50. КБТ модель хронической боли (Sharp, 2001)

Реакция пациента на боль может включать как наблюдаемое болезненное поведение, так и его мысли и представления, оценивающие ситуацию, связанную с болью (рисунок 8.50.), которые играют важную роль, особенно в том случае, когда первоначальное повреждение, которое вызвало боль, больше не присутствует. Избегающее поведение может поддерживаться убеждениями, беспокойство и стресс могут усилить представление, что некоторое повреждение, которое вызывает боль, действительно существует, и тем самым возникают когнитивные ошибки, негативная оценка и избегание, порочный круг поддерживается. Модель включает в себя стресс, который может увеличить беспокойство и болезненное поведение (Sharp, 2001). Часто случается, что пациент, который прошел серию обследований и лечение без эффекта, начинает верить, что «Ничего не помогло, почему сейчас должно помочь что-то другое?», он не соблюдает лечение и часто бывает определен как «немотивированный к лечению». Согласно когнитивно-бихевиоральной модели хронической боли, такой пациент, именно по этой причине, подходит для когнитивной терапии.

8.14.2.4. Исследование эффективности КБТ хронической боли

КБТ применялась при болях в спине, головной боли, фибромиалгии, ревматоидном артрите, при челюстно-лицевой боли и других случаях. Результаты исследований показали, что КБТ при лечении боли, по сравнению с контрольной группой, наиболее эффективный инструмент, который помогает устранять нарушенные когнитивные схемы, учит адаптивному поведению, снижает беспокойство, страх, катастрофическую интерпретацию соматических симптомов, интенсивность боли, повышает активность и уверенность в себе (Eccleston и др., 2002; Turner и Romano, 2001).

КБТ была признана эффективной при лечении боли в сочетании с соматическим лечением, психофармакотерапией и реабилитацией, поэтому она, как правило, становится частью комплексной программы лечения в Центрах лечения боли (ЦЛБ) (см. главу Терапевтические интервенции).

Критериями успеха являются: снижение интенсивности боли, возвращение к работе, улучшение настроения, снижение медикаментозного лечения и повышение физической активности. Описывается уменьшение интенсивности боли 20—50 %. Примерно у 65 % пациентов, прошедших лечение посредством междисциплинарной программы, было отмечено повышение активности. Возвращение к трудовой деятельности осложняется общими условиями с предложением вакансий и другими социальными и экономическими факторами. Тем не менее, около 67 % всех вылеченных пациентов возвращаются к работе. Получение социальных пособий снизилось с 70 % до 40 %.

Наблюдая за эффективностью КБТ при лечении хронической боли, нужно отметить следующие проблемы:

1. Пациент, который был направлен на лечение врачом, членами семьи, либо социальным учреждением, или который считает, что боль вызвана лишь соматическими факторами, вероятно, не достигнет успеха в терапии. Эффективность может повыситься, если лечащий врач убедит пациента пройти психотерапию.
2. Если пациенты с хронической болью, участвующие на момент лечения в каком-либо судебном разбирательстве, имеют зависимое положение, занимаются выбиванием компенсационных и социальных льгот, или же их болезненное поведение поддерживается со стороны семьи, КБТ может быть неэффективной.
3. Доказано, что если КБТ начинается на ранней стадии хронической боли, то лечение будет более эффективным.
4. Хотя эффективность КБТ при лечении боли была подтверждена, комплексные программы в ЦЛБ, которые, как правило, включают КБТ, выглядят достаточно противоречиво, и, таким образом, их трудно сравнивать и оценивать. Необходимо создать единую концепцию, а затем, посредством других исследований оценить эффективность.

8.14.3. КБТ подход при лечении хронической боли

8.14.3.1. КБТ обследование при хронической боли

Полина вошла в кабинет следующего врача. Она представила себе, как ей снова придется объяснять, где и почему у нее возникают боли. Она об этом рассказывала уже так много раз, и ни один из предыдущих врачей в действительности ее не слушал. Она пыталась всем объяснить, насколько ужасно бывает просыпаться каждое утро с дикой болью и ложиться с ней, испытывать страшную усталость, беспомощность. С каждым днем упадок сил, необходимых для работы, семьи и дома. Дети начали задаваться вопросом, почему врачи не могут решить ее проблемы с болью. Вчера вечером муж Полины был недоволен ее отказом от интимной близости по причине сильной боли. Полина хорошо помнит слова терапевта при ее последнем посещении:

«Я уже действительно не могу с этим ничего сделать. У вас присутствуют хронические боли, и вам следует научиться как-то с этим жить». Полина проплакала всю дорогу домой. Как ей это сделать? Терапевт дал ей телефон специалиста, который занимается лечением боли — психотерапевта. Полине показалось это странным. Наконец, Полина пошла к психотерапевту со следующими мыслями: «еще один врач, который будет снабжать ее плохими новостями». Но, в конечном итоге, Полина была удивлена. Психотерапевт задавал ей совершенно иные вопросы, чем те, к которым она привыкла. Например: усиливается ли ее боль при определенном виде деятельности или активности, какие у нее опасения относительно финансовых вопросов, или усиливается ли ее боль, когда она злится на детей или мужа, плачет ли она чаще, чем раньше, возникает ли у нее сильное сердцебиение, чувствует ли она усталость, или имеет проблемы со сном. Да, все это беспокоит ее, но как он мог это узнать? Якобы хроническую боль можно облегчить или устранить с помощью КБТ. Полина была все еще скептически настроена относительно этой ситуации, но, в конце концов, согласилась на лечение (Caudill, 1995).

Диагностическое обследование пациентов с хронической болью значительно сместилось с измерения структуры личности и диагностики психопатологии к более широким психосоциальным областям. КБТ подход при диагностике фокусируется на боли пациента, анализирует возбудители и обстоятельства возникновения боли, исследует эмоциональный, познавательный и бихевиоральный компонент, обнаруживает последствия, изучает поддерживающие факторы, оценивает результаты лечения и пригодность для КБТ, устанавливает цели и план лечения.

Основные шаги КБТ (Možný и Praško, 1999):

1. Предварительное ориентировочное обследование;
2. Подробное обследование КБ, включая измерение;
3. Бихевиоральный, когнитивный и функциональный анализ, формулировка и определение проблемы;
4. Установление цели терапии;
5. Создание терапевтического плана;
6. Окончание терапии.

Предварительное обследование пациента с хронической болью приводит к установлению всех проблемных областей, определению специфических целей терапии, например, рискованное поведение (курение, алкоголизм, диета), плохое соблюдение рекомендаций врача (прием лекарственных препаратов, выполнение упражнений), физическая пассивность, страх перед болью и избегающее поведение, нарушение сна, партнерские или семейные трудности, стресс, депрессия, гнев и трудности в выражении эмоций (Kerns, Otis, Marcus, 2001).

Подробное КБТ обследование, в том числе измерение, специализируется на рассмотрении каждой возникшей проблемы пациента, в том числе боли, истории его жизни и текущей жизненной ситуации. Для этого используется разговор, самооценивание, информация от членов семьи, наблюдение за поведением и т.д. Самооценивание дополняет разговор, пациент описывает поведение, мышление, ситуации, в которых появляется боль и ее последствия.

Схема когнитивно-бихевиорального разговора (Raudenská, 2001)

Имя: Возраст: Дата обследования: Диагноз при поступлении в Центр лечения боли: Предыдущее лечение:

Боль. Что у вас в настоящее время болит? Где болит? Какова природа вашей боли? Как долго вы испытываете боль? Как часто появляется боль? В какое время боль сильнее всего? В каких ситуациях? В чьем присутствии? Испытывает ли кто-нибудь из родственников подобную боль, как и вы? Насколько сильна боль сейчас (интенсивность)? Сколько раз вы испытывали боль на прошлой неделе и насколько сильно? Что усиливает боль? Что снижает боль? Если боль внезапно исчезает, как это влияет на вашу жизнь? Происходят ли при этом какие-либо изменения, и в чем именно? Имеет ли это положительные или отрицательные последствия? Как на вашу боль реагирует семья, коллеги, друзья? Как они объясняют ваши проблемы с болью? Они помогают, защищают, критикуют или игнорируют вас?

Непосредственные последствия: Что вы делаете для того, чтобы облегчить боль? Что делают врачи? Что делает семья? Как меняются ваши эмоции? О чем вы думаете? Как меняется интенсивность боли и физические симптомы?

Долговременные последствия: Как чувство боли отражается на вашей жизни? В чем боль ограничивает вас? Как боль влияет на вашу работу, семейную жизнь, интимные отношения, социальные отношения, хобби? Чем вы занимались раньше и теперь, из-за боли, вынуждены перестать заниматься или ограничили данное занятие?

Последнее событие. Когда боль появлялась в последний раз? Как вы себя чувствовали, что вы испытывали при этом? Какие физические ощущения вы при этом испытывали, что вы чувствовали в вашем теле? О чем вы думали в тот момент? Что вы сделали для того, чтобы уменьшить боль?

Личный анамнез и боль. Проходили ли вы психиатрическое лечение? Вы курите? Вы регулярно употребляете алкоголь? Какие вы пережили болезни, операции, травмы?

Рабочий анамнез и боль. Какова была ваша успеваемость в школе, как вы чувствовали себя в коллективе? Есть ли высшее образование? Какая у вас текущая работа? На работе преобладает положение сидя-стоя, физически тяжелая работа, психическое напряжение? Вы находитесь на полной (частичной) пенсии по инвалидности, вы безработный, недееспособный? Получаете ли вы какие-либо компенсационные выплаты от работодателя? Социальные пособия? Какие препятствия вам мешают вернуться к работе?

Социальный анамнез и боль. Вы одиноки, разведены, вдовец (как давно)? Дети (возраст)? Где вы живете, насколько большая по размеру квартира, совместное (раздельное) хозяйство? Финансовые, жилищные, партнерские, сексуальные или рабочие проблемы? Довольны ли вы качеством лечения со стороны врачей, медсестер и других сотрудников? Что вы ожидаете от лечения? Планы на будущее.

Описание поведения — наблюдение.

1. По дороге в амбулаторию
2. В амбулатории
3. В палате мимика моторика вокализация вербализация целенаправленное поведение жалобы, споры коммуникация с семьей путем «болезненного поведения»

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

В случае каждой отдельной проблемы, пациент опрашивается, насколько его беспокоят отдельные проблемы, как часто они происходят и как они нарушают его жизнь. Необходимо измерить, насколько пациент страдает от боли (интенсивность), как часто ему больно (частота) и в какой степени боль мешает его жизни на работе, дома, в свободное время. Анкеты и оценочные шкалы используются в начале терапии, далее, для установления изменений в процессе лечения, после окончания терапии и при катамнезе. Разговор с близкими людьми пациента, привлечение или участие семьи совместно с пациентом в самом процессе лечения, может сделать более эффективным проведение определенных методов КБТ

в домашней обстановке, которые настоятельно рекомендуется провести в случае пациентов, страдающих хронической болью. В случае тревожных пациентов, используется бихевиоральный эксперимент. Пациент сталкивается с пугающей ситуацией, связанной с болью непосредственно в кабинете врача, и можно попросить его описать, что он чувствует и о чем он думает.

На основании данных, полученных при КБТ обследовании, выполняется бихевиоральный, когнитивный и функциональный анализ. Бихевиоральный анализ в рамках схемы А Б В выясняет, чем именно вызвана боль (А), что происходит с пациентом при ощущении боли (Б — физические симптомы, эмоции, когнитивные процессы и поведение), и к каким непосредственным, долгосрочным, положительным и негативным последствиям приводит боль (В). Когнитивный анализ определяет, являются ли определенные мысли провоцирующим механизмом боли. Хроническая боль часто сопровождается депрессией и тревогой, при которой когнитивные процессы становятся ключевыми. При болезненных состояниях мысли, представления, ожидания, оценка ситуации, самого себя и будущего способствуют возникновению внутреннего диалога, который может стать возбудителем боли и иметь последствия. Пациенты с хронической болью осознают это очень редко. Целесообразно сосредоточиться на выявлении когнитивных событий (мыслей и представлений), когнитивных процессов (например, черно-белое мышление: «Никто мне до сих пор не помог с устранением боли, мне уже никто не поможет!») и схем. С помощью функционального анализа важно выяснить, почему пациенту больно, почему боль продолжается, что, кто и как подкрепляет боль, ее влияние на повседневную жизнь и на систему межличностных отношений. В рамках функционального анализа необходимо определить, какие навыки отсутствуют у пациента для того, чтобы он смог лучше справляться с проблемами, связанными с хронической болью, какими навыками он обладает и какие использует.

Основные области проведения диагностики у пациентов с хронической болью

1. **СЕНСОРНЫЙ УРОВЕНЬ** Структурированное интервью (Raudenská, 2001) Интенсивность боли Визуальная аналоговая шкала (VAS) (Knotek и Žalský, 2001) Чувствительность к боли Турникетный тест ишемической боли (Březáková, 1997) Pain tester (Knotek и др., 1994) Субъективная шкала чувствительности к боли (Raudenská 2001) **Локализация боли** Карты или простой рисунок (Křivohlavý, 1992) **Общее впечатление от боли** SF McGill Pain Questionnaire (Opavský, 1998)
2. **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ** Визуальная аналоговая шкала (Knotek и Žalský, 2001) SF McGill Pain Questionnaire (Опава, 1998)
Шкала депрессии Бека (BDI) (Брно, 1999)
Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера (STAI) (Ruisel др., 1980)
3. **ПОВЕДЕНИЕ** UAB Pain behaviour scale (Knotek и Žalský, 2002)
4. **КОГНИТИВНЫЙ УРОВЕНЬ**
Место управления (Pain control) Beliefs about Pain Control Questionnaire (Skevington, 1990)
Собственная производительность (Self-efficacy) Arthritis Self-Efficacy Scale (Lorig et al., 1989)
Представление и мнение относительно боли (Pain beliefs) Pain Beliefs and Perception Questionnaire (PBPI) (Knotek et al., 2001)
Преодоление боли (Coping) Coping Strategies Questionnaire (CSQ) (Rosenstiel a Keef, 1983)
Интеллектуальные способности
Тест Векслера по определению интеллекта у взрослых (WAIS-III) (Брно, 1999) Матрицы Равенна (Братислава, 1991) **Визуальная моторика**Trail Making Test, форма А, Б (Брно, 1997)
Внимание Тест внимания Бурдона (Братислава, 1992) **Память** Шкала памяти Векслера (WMS-III) (Брно, 1999) **Исполнительные функции** Словесная беглость (Preiss и др., 1998)
5. **ЛИЧНОСТЬ** Eysenck Personality Questionnaire (Eysenck и Eysenck, 1993)
MMPI Миннесотский мультифакторный личностный опросник (Svoboda, 1992) Проективные тесты

8.14.3.2. Оценка и методы при хронической боли

Измерение (использование самооценивающих методов и анкет) — важный способ оценки эффективности терапии. Если регулярно проводить измерения, то получим более точные данные о частоте, продолжительности и интенсивности боли, и это позволит нам оценить лечение и контролировать, проходит ли оно таким образом, как было первоначально задумано. Например, пациент с боязнью боли говорит, что выполнял физические упражнения каждый день, но по его записям можно узнать, что он занимается только 3 раза в неделю.

Для оценки интенсивности и частоты боли и измерения аффективного воздействия наиболее часто используется Визуальная аналоговая шкала (Visual analoque Scale — VAS) в следующей форме: отсутствие боли — самая сильная боль, какую только можно себе представить (Knotek и Žalský, 2001). При локализации боли обычно возникает вопрос, где она возникает; были разработаны два основных подхода: карты боли и вербальные характеристики. На эмоциональном уровне, ориентируемся на степени депрессии и тревоги, на когнитивном уровне — на представлениях о боли, локусе контроля, собственной производительности, навыках преодоления и другом. Подробным образом описывается болезненное поведение. Перед началом КБТ всегда целесообразно провести экспертизу когнитивных функций для выявления пациентов, например, с деменцией.

Елена была не довольна, что 3 раза в день должна записывать в дневник интенсивность своей боли, — у нее болит спина, и она об этом знает, так поче-

му она должна еще это записывать? У нее нет времени на такое бесполезное занятие. Она чувствовала себя еще хуже, когда понимала, насколько ей больно. Но в то же время она осознавала, сколько времени она скрывала свою постоянную боль, и насколько это повлияло на ее способность делать что-либо правильно и с удовольствием. Она не только перестала работать в офисе, но и работу в саду она уже давно забросила, ей даже трудно подняться со стула с помощью французских костылей. Дом не убран, как это было раньше. Она часто сердится на мужа и детей. Со своими друзьями она уже давно не встречалась, она даже не пытается выйти на улицу. Елена из своего дневника поняла, какие попытки она делала, чтобы справиться со всем как прежде, и затем, в ночное время, она страдала от сильной боли. Спина болела уже тогда, когда она просыпалась утром, но в течение дня боль значительно усиливалась. Через некоторое время после записи интенсивности боли, Елена поняла, что записи позволили ей получить больше информации о взаимосвязи между болью и видом деятельности, которую она осуществляла, каким образом она ее выполняла, в каком положении, как она себя чувствовала при этом и о чем думала (Caudill, 1995).

8.14.3.3. Проблемы и цели при хронической боли

В заключение обследования, после проведения бихевиорального, когнитивного и функционального анализа, создается формулировка и определение проблемы. Она содержит объяснение того, как боль возникла, как она развивалась, в том числе предрасполагающие факторы. Далее она включает описание боли и факторы, которые вызывают и поддерживают эту боль (последствия), как они взаимодействуют друг с другом и создают порочный круг в конкретной ситуации пациента (Možný и Praško, 1999). Если пациент согласен с формулировкой возникновения и поддержания боли, определяются подпроблемы, на которых сосредоточимся при терапии.

Определение проблемы пациентов с хронической болью таково: «Я боюсь сидеть, потому что опасаюсь, что буду ощущать боль. Я не в состоянии сидеть дольше, чем 3 мин на мягком кресле или стуле с подлокотниками. Таким образом, я не могу сидеть в коридоре, ожидая приема врача, в театре, кино, в ресторане, или ехать на трамвае и т.д.».

Постановка целей основывается непосредственно на определении проблемы. Для начала, необходимо объяснить пациенту, что он может ожидать от терапии, с чем он хотел бы в конце лечения справиться, а сейчас у него это не получается. Цели должны быть достижимыми, реалистичными и желательными. Тот факт, что пациент с хронической болью научится в терапии преодолевать проблемы, не значит, что боль полностью исчезнет из его жизни, — ему придется быть постоянно активным и часто терпеть боль, дискомфорт и напряженность. Цель должна быть сформулирована позитивно, быть практичной, конкретной, с определением частоты. При определении цели терапии оценивается, насколько в настоящее время пациент в состоянии решать поставленные задачи.

Примеры формулирования целей: «в конце терапии я буду в состоянии ходить 5 раз в день 1000 метров, буду в состоянии ежедневно выполнять комплекс реа-

билитационных силовых упражнений, буду в состоянии сидеть на стуле 20 мин 3 раза в день.

Цель Елены была ясной: чувствовать себя менее взволнованной при ощущении боли в течение 4 недель. Это казалось разумным, но что это на самом деле значит «Чувствовать себя менее взволнованной при ощущении боли?» Является ли эта цель измеримой? Что она для нее конкретно значит? Елена задумалась и осознала, что это значит чувствовать постоянное напряжение в шее и спине. Она решила научиться справляться с этим напряжением. Если она сможет это сделать, то справится и с болью в спине. Елена переписала себе цель и искала способы ее достижения.

Цель: *Облегчить боль путем преодоления напряжения в спине и шее.*

Шаги для достижения:

А. Плавать 3 раза в неделю по 15 мин.

Б. Соблюдать перерывы в работе за компьютером (5 мин каждый час).

В. Релаксировать 1 раз в день (аутогенная тренировка, 15 мин).

8.14.3.4. Терапевтические интервенции при хронической боли

В 1961 году был основан первый ЦЛБ в США, а в Чешской республике в 1976 году. После 70-х гг. 20-го в., при лечении боли начали использоваться бихевиоральные методы (релаксация, систематическая десенсибилизация, обучение ассертивности и социальным навыкам), а позже, в начале 90-х гг., начала применяться и когнитивная терапия. Современная КБТ сочетает когнитивные и бихевиоральные подходы, особое внимание уделяется модели преодоления проблем и ситуаций, связанных с болью (pain coping skills model). Цель КБТ при лечении хронической боли — обучение пациента определению, контролю и изменению негативных мыслей, представлений, эмоций и поведения, а также помощь в применении освоенных КБ подходов при решении жизненных проблем, в том числе при болевых ощущениях. Необходимо совместно с пациентом удалить все препятствия, которые могут помешать практиковать методы КБТ.

Цели многопрофильного лечения в ЦЛБ, часть которого КБТ, терапевтически направлены на все компоненты хронической боли: диагностика и лечение до сих пор не решенных соматических проблем пациента, улучшение физической формы больного постепенным увеличением физической активности, воздействие на болезненное поведение, обучение управляемым способностям, уменьшение депрессии, определение рабочих возможностей пациента, предоставление ему информации о самой боли, определение реалистичных задач лечения, улучшение его сна и коммуникативных навыков, научение решению проблем и т.д. (Březáková, 1998 Raudenská и Javůrková, 2002).

Структурированная целостная программа, Центр лечения боли, University of Washington, Seattle, USA *(Loeser a Turk, 2001)*

Понедельник — Пятница
8:00—8:25 — Растяжка
8:35—10:35 — Реабилитационная терапия
10:45—11:15 — Навыки преодоления
11:15—11:45 — Релаксация
12:00—12:30 — Обед
12:15—12:55 — Встреча с группой
12:30—12:55 — Индивидуальная релаксация
13:00—13:50 — Образовательный сеанс с врачом
14:00—14:55 — Реабилитационная терапия
15:00—15:50 — Образовательный сеанс с психологом
16:00—16:55 — Реабилитационная терапия
Суббота
8:30—9:30 — Реабилитационная терапия
9:30—10:30 — Трудотерапия
10:30—11:00 — Растяжка
Структурированная программа, Центр лечения боли, ФН Буловка, Прага (Raudenská и Javůrková, 2002)
Вторник
9: 00—9:30 — Реабилитация, классификация активности
9: 30—10: 00 — Образование, когнитивное реструктурирование, навыки преодоления
10: 00—10: 30 — Релаксация
10: 30—11: 00 — Перерыв
11: 00—11: 30 — Образование
11: 30—12.00 — Растяжка
12: 00—12: 30 — Перерыв
12: 30—14: 00 — Индивидуальная психотерапия или реабилитация

Пациента, который подходит для КБТ, следует надлежащим образом подготовить к терапии и подробно объяснить ему использование КБ методов для преодоления хронической боли. Например, стресс, произошедший в результате ограничений, вызванных болью, может способствовать повышенному мышечному спазму, что в свою очередь, влияет на интенсивность боли. Это может оказаться понятным объяснением смысла использования релаксационных методов. Хроническая боль может быть связана с гневом или тревогой, которая, в свою очередь, может повысить мышечный спазм и болезненные ощущения. Существование связи стресс—мышечный спазм—тревога—гнев—беспокойство—повышенная интенсивность боли, не значит, что причина боли — стресс или напряжение, а показывает, что этот процесс увеличивает интенсивность боли и страданий. Мы объясняем пациенту на его же примере, что хроническая боль отрицательно влияет на трудовую производительность, партнерскую и семейную жизнь, досуг, и что эти изменения могут способствовать развитию депрессии, тревоги и снижать способность терпеть боль. Целесообразно рассказать пациенту о теории ворот боли, он должен осознать, что боль становится субъективным опытом под влиянием эмоций, мыслей, поведения и окружающей среды.

При лечении хронической боли используются два основных подхода: 1) когнитивная перестройка и 2) обучение навыкам преодоления боли и стресса (Turner и Romano, 2001).

1. Когнитивная перестройка. Если у пациента с хронической болью возникают АНМ («Эта боль ужасная, мне уже никогда не будет лучше!»), ему может помочь когнитивная перестройка. При иррациональном мышлении и оценке чело-

век имеет тенденцию к отрицательной самооценке, негативному взгляду на мир и на будущее, что приводит к возникновению чувства безнадежности, беспомощности и через порочный круг — к ухудшению симптомов. Необходимо объяснить пациенту, что эмоциональная реакция на боль оказывает влияние на его мышление. АНМ могут быть прямой реакцией на повышенную интенсивность боли: «Что-то не так, что-то плохое происходит со мной; Боль опять закончится госпитализацией и операцией». Когда пациент поймет взаимосвязь между мыслями и эмоциями, то научится определять АНМ, оценивать их и находить альтернативные, т. е., разумные ответы, что приведет к воздействию на эмоциональную, бихевиоральную и физиологическую составляющую боли (таблица 8.32.).

Таблица 8.32. Замена АНМ на более альтернативные мысли (Turner и Romano, 2001).

Ситуация	**АНМ**	**Физические реакции**	**Чувство**	**Альтернативные мысли**
При хождении боль усиливается	Что-то со мной не так, врач не смог выяснить, что именно. В конечном итоге я окажусь в инвалидной коляске. Я не понимаю, почему мой врач не может определить и решить мою проблему	Повышенная мышечная реакция	Тревога Опасения Разочарование Страх	Я много ходил. Не надо забывать, что мне нужно увеличивать активность. Доктор сказал мне, что боль может возникнуть, как только я начну больше упражняться, но постепенно, мне будет становиться лучше. У меня хороший врач, нет никаких фактов, что у меня рак или любое другое заболевание. Не существует никаких доказательств, что я, в конечном счете окажусь в инвалидной коляске. Я делаю упражнения каждый день, чтобы быть сильнее и активнее
Пробуждение с болью	Опять будет ужасный день! Сегодня я снова буду не в состоянии что-либо сделать. Я должен оставаться в постели	Напряженность Усталость	Гнев Депрессия	Это не факт. Со мной уже случалось, что боль уменьшалась, когда я встал и начинал что-то делать. Я начну выполнять более легкие задачи и посмотрю, смогу ли я сделать больше. Если я встану, то буду чувствовать себя лучше

2. Преодоление боли и стресса помогает пациенту приобрести набор навыков для эффективного преодоления. К ним относится образование, самоинструктирование, релаксация, повышение активности, экспозиция, решение проблем и многое другое.

Образование со стороны врача, медсестры, психолога и физиотерапевта обычно — часть комплексного плана (Williams и Harding, 1995). Образование начинается с темы о диагнозах, которые связаны с хронической болью (боль в спине, артрит, комплексный региональный болевой синдром, орофациалъная боль, головная боль и т.д.), далее оно направлено на причины возникновения боли, роли диагностических и терапевтических методов, объяснение биопсихосоциальной модели хронической боли (эмоциональные и когнитивные факторы при развитии и поддержании боли), взаимосвязь между стрессом, напряжением и болью. Обра-

зование приводит к лучшему пониманию собственных проблем, которые связаны с хронической болью.

Учебные темы (Loeser и Turk, 2001)

Механизмы боли
Теория ворот боли
Лекарственные препараты: использование и злоупотребление
Рабочая компенсация, социальные пособия
Острая и хроническая боль
Эффект упражнений и физической пассивности
Боли в пояснице, головная боль
Хирургические вмешательства при лечении хронической боли
Как проводить разговор с врачом
Подкрепление целей, изменение планов
Как справиться со стрессом, депрессией, кризисом, гневом, тревогой
Релаксация и спазмы мышц
Что такое болезненное поведение
Как справиться с расстройством сна
Обучение настойчивости и коммуникативности

Адаптивное положительное самоинструктирование значит преодоление сильной боли или стресса с помощью адаптивных мыслей, например: «Я с этим смогу справиться! Сосредоточься на расслаблении! Напряженность дана для того, чтобы я применил свои навыки преодоления! Это не будет длиться долго, успокойся, ты справишься с этим!». Пациенту следует сообщить, что тревога и напряженность может увеличивать боль и сосредоточенность на ней, и что на уровень тревожности влияет, как человек в этот момент оценивает свой неприятный опыт, связанный с болью, например: «Смогу ли я справиться с этим? Это ужасно, я не смогу вытерпеть эту боль!». Снизить беспокойство и напряженность можно и с помощью изменения мыслей. Самоинструктирование оказывается полезным на всех этапах преодоления боли: 1. При подготовке к боли: «Подумай о том, что ты можешь сделать, страх и беспокойство не помогут уменьшить боль!»; 2. При конфронтации с неприятными чувствами: «Я могу думать о чем-то более приятном, чем боль!»; 3. Этап включает преодоление сильной боли: «Сосредоточься на методе по преодолению боли. Я могу справиться с любой болью с помощью правильного дыхания и расслабления. Я смогу справиться с этим, я преодолею боль!»; 4. На финальной стадии, самоинструктирование используется для балансировки: «Я с этим хорошо справился!».

Релаксация и воображение. Пациентам, которые реагируют на стресс повышенной тревожностью, напряжением мышц и болью, может помочь релаксация. Посредством регулярной релаксации пациент может достичь снижения стресса и напряжения, отвлечения внимания от боли и улучшения качества сна, нарушенного при болевых ощущениях.

Однажды, Катерина осталась на ночь дома одна. Она проснулась от боли и пошла выпить воды. Вдруг, в комнате на первом этаже послышались какие-то звуки, как будто там кто-то есть. Ее тело приготовилось к бою: сердце сильно билось, мышцы спины напряглись, спина начала болеть еще больше, она не могла дышать и почувствовала ужасную тревогу. Через некоторое

время, она медленно пошла вниз по лестнице, внимательно прислушиваясь, ее трясло. Наконец, она со страхом заглянула в соседнюю комнату... и увидела свою кошку, которая разбила вазу. Через несколько минут ее сердце начало работать в обычном режиме, она смогла дышать, напряжение в спине и боль ослабли.

Повышение активности. Пациент записывает всю деятельность в заранее подготовленные формы (таким способом оспаривается убеждение пациента, что он «ничего не делает, что при такой боли он ни с чем не справится»), одновременно он записывает, какое у него было настроение, и насколько ему было интересно заниматься данной деятельностью. Следующий шаг — планирование заданий на следующий день и постепенное включение деятельности, в которой он особо не заинтересован. Это изменяет мысли «С такой болью я ни на что не способен! С такой болью я ни с чем не справлюсь!». У пациентов с хронической болью повышение активности сочетается с реабилитацией, используются подкрепляющие упражнения и упражнения на растяжку, выполнение упражнений постепенно увеличивается, таким образом, одновременно используется экспозиция. За каждый выполненный шаг пациент производит самовознаграждение, делает запись о полученной награде.

Увеличение активности путем реабилитации (подкрепляющие упражнения и упражнения на растяжку) (Pain Management Unit, St Thomas'Hospital, London)

Ходьба Положение стоя-сидя Лестница Велотренажер Растяжка Поднятие одной ноги
Подъем Положение сидя-лежа Укрепление Движение тазом Подбородок вперед Кольца

Прошлая неделя											
Увеличение											
Понедельник											
Вторник											
Среда											
Четверг											
Пятница											
Суббота-пятница											
Воскресенье-пятница											

Не забывай заниматься каждый день *Имя*______________

После разговора о своей деятельности Елена осознала, что при сильной боли она выдерживает стояние у раковины и моет посуду в течение лишь 5 мин. Затем она вынуждена сесть. Она установила будильник, чтобы знать, когда во время мытья посуды пройдут 5 мин. Потом сделала перерыв на 5 мин. Она обнаружила, что сидя, она в состоянии мыть посуду в течение 10 мин. Елена начала записывать время, в течение которого она выполняет определенные виды деятельности до появления боли. Вначале ее семья не понимала, что она на самом деле делает. Муж всегда старался домывать посуду после Елены, когда видел, что она садится. Елена объяснила семье, что спо-

соб, посредством которого она моет посуду, т. е., с перерывами, помогает ей справиться с болью, и для нее не существует правил, как у других людей — помыть всю посуду сразу. Она вынуждена разделять свою деятельность на несколько этапов.

Экспозиция. Пациенты часто испытывают иррациональный страх ситуаций и видов деятельности, связанных с болью, например, наклониться у стола, завязать шнурки на обуви, сидеть перед телевизором. Они боятся работать в саду, выйти на прогулку со своей собакой, начать снова работать или пройти реабилитацию. Они опасаются, что посредством несоответствующего движения могут нанести себе вред, и затем должны будут снова пройти операцию, или что боль снова станет более сильной, и поэтому, они предпочитают избегать выполнения какой-либо деятельности. Для уменьшения страха движений и боли, лучший способ — проведение экспозиции в естественных условиях. Для начала, необходимо оценить чувство страха. Необходимо установить, в каких ситуациях он появляется, объяснить, каким образом страх возникает, как он проявляется в соматической, когнитивной и бихевиоральной области. Сосредотачиваемся на конкретной проблеме пациента в зависимости от его боли: например, страх выйти с собакой на прогулку, ездить на велосипеде, наклоняться, выполнять реабилитационные упражнения и т.д. Совместно с пациентом следует составить список пугающих его ситуаций, от самых легких до самых тяжелых, и с помощью экспозиции дифференцировать их сложность. Пациент должен самостоятельно установить цель терапии, а терапевт должен ее скорректировать, например, ходить с собакой каждый день на прогулку в 3 ч 10 мин, не опасаясь боли, быть при этом в состоянии общаться с другими людьми, улыбаться, иметь хорошее настроение и т.д.

Пациентам с хронической болью будет полезно пройти лечение тревожности (Raudenská и Javůrková, 2003). Можно намеренно провоцировать симптомы тревоги, а затем научить пациента расслабляться — таким образом, он поймет, что последствия, которых он опасается («У меня болит сердце, значит, я умру! У меня болит спина, я уже не смогу от этого избавиться, останусь инвалидом! Я сойду с ума от этой боли, я потеряю сознание!»), не последуют. Постепенно, можно создать положения, ситуации или поведение, которые будет провоцировать у пациента большую напряженность, и с помощью других методов, например, когнитивного реструктурирования и самоинструктирования снижать чувство тревоги. Это должно быть осуществлено в присутствии реабилитационного врача или физиотерапевта, чтобы при выполнении более трудного движения не причинить повреждение. Снижение тревожности у пациентов с хронической болью будет связанно с понижением склонности катастрофически интерпретировать соматические симптомы и даст им возможность эффективно реабилитироваться.

Структурированное решение проблем. Некоторые проблемы, например, семейные, рабочие, финансовые или неспособность организовать свое время, появляются еще до развития боли и могут участвовать в ее развитии. Некоторые возникают в результате, например, потери работы. Решение проблем пациента состоит из ее определения и описания проблемы, в поиске наибольшего возможного количества ее решений («brainstorming»), оценки преимуществ и

недостатков отдельных решений, выбора, осуществления и оценивания решений. Улучшение способности решать проблемы приводит к снижению общего уровня тревожности.

8.14.3.5. Проблемы при лечении

Выполнение домашних заданий. Было установлено, что пациенты, которые часто используют методы КБТ, имеют наилучшие результаты при долговременном наблюдении.

Подготовка пациента к рецидиву (увеличение интенсивности боли или депрессии). В начале терапии пациенты часто имеют нереалистичные ожидания относительно пожизненного избавления от боли, но усиление боли или депрессии может произойти и в период после лечения. Нереалистичные ожидания, типа «Боль больше не появится!», могут привести к разочарованию, пессимистичные ожидания «Я от этой боли уже никогда не избавлюсь!» приводят к депрессии. Поэтому необходимо определить поведение, эмоции, мысли и физиологические реакции, которые влияют на усиление болевых ощущений и объяснить, что, хотя они вполне понятны, это не те стратегии, которые помогут справиться с болью. Терапевт и пациент разрабатывают, так называемые, «красные флаги», т. е., ситуации, которые раньше были связаны с повышенной интенсивностью боли или стресса. Адаптивное управление состоит из двух частей: подготовка к повышенной интенсивности боли и стратегии, применяемые в период усиления боли. Каким образом подготовить пациента к преодолению рецидива? 1. Для начала, следует сосредоточить внимание на чем-то другом, а не на болевых ощущениях; 2. Сохранять спокойствие, использовать релаксацию; 3. Вспомнить все ситуации и деятельность, которые в прошлом приводили к уменьшению боли; 4. Составить план для преодоления боли.

Терапевт. Для успешной терапии считается необходимым внимание, сочувствие и уважение к пациенту со стороны терапевта, а также учет поставленных целей.

8.14.4. КБТ и психофармакотерапия хронической боли

Боли и депрессии являются результатом совместного воздействия стрессов на организм (Rokyta, 1999). Стрессоры действуют в организме психо-нейро-эндокринно-иммунологическим способом, результатом могут быть различные заболевания, такие, как боль и депрессия. Они сопровождаются изменениями энкефалинов, эндорфинов, серотонина, вещества P, аминов и других веществ. Подобным образом, при боли и депрессии увеличивается серотонин, уменьшается норадреналин, при депрессии уменьшаются моноамины и дофамин. Поэтому, фармакологическое лечение антидепрессантами при боли и депрессии может быть одинаковым. Антидепрессанты имеют анальгетический эффект не только в случае депрессивных пациентов с хронической болью, но также и у пациентов без депрессии, для которых достаточно ввести половину дозы антидепрессантов.

8.14.5. Проект рекомендаций для лечения

Большое преимущество при КБТ будут иметь пациенты с хронической болью, которые по этой причине значительно ограничили свою активность, не в состоя-

нии выполнять трудовую деятельность, работу по дому, заниматься хобби; испытывают трудности в межличностных отношениях на работе или дома; ощущают повышенный стресс и изменение психического состояния при депрессии и сильной тревожности; чрезмерно употребляют опиоиды, снотворные препараты или другие фармакологические средства; не знают, как справиться с хронической болью и связанными с ней трудностями.

Пациентам определяются четкие нормы поведения для участия в КБТ: не злоупотреблять алкогольными напитками или наркотиками, вовремя посещать сеансы, минимизировать болезненное поведение и т.д. При групповом применении КБТ целесообразно разделить пациентов в соответствии с диагнозом, например, остеохондроз, головные боли, пациенты с онкологией, страдающие головной болью должны формировать отдельную группу. При терапии должен приниматься во внимание тот факт, что некоторые пациенты имеют ограниченные возможности — один сеанс не должен превышать 50—60 мин. На сеансе должна быть возможность изменить положение или способ сидения (стул, мяч, коврик). Терапевт не должен терпеть болезненное драматическое поведение, такое, как лежание на земле или стоны.

Не подходящим для КБТ при лечении боли (в соотв. с Tunks и Merskey, 2001) может быть такой пациент, который отказывается принять принципы КБТ (домашние задания, записи, дневники и т.д.), настаивает на нереалистичных целях терапии, либо его мотивация находится на слишком низком уровне. Противопоказаны пациенты с тяжелыми психическими заболеваниями (тяжелая депрессия, психоз, слабоумие) или чрезмерно параноидальные пациенты, имеющие пограничные состояния личности (самоповреждение, диссоциация, искажение), либо антиобщественные черты — они могут стать проблемой для группы. Вопрос об использовании КБТ должен быть рассмотрен и для пациентов, которые закончили эту терапию без успеха.

Литература

Asmundson G., Norton P. Norton G. Beyond Pain: The Role of Fear and Avoidance in Chronicity. Clinical Psychology Review 1999.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 1977.

Beckova subjektivní škála deprese (BDI). Brno. Psychodiagnostika, 1999.

Březáková J. Turniketový test ischemické bolesti. Rehabilitace a fyzikální lékařství, 1997.

Březáková J. Odborná stáž v Input Pain Management Unit St. Thomas' Hospital London. Bolest, 1998.

Burdonova zkouška pozornosti. Bratislava: Psychodiagnostika, 1992.

Caudill M. Managing Pain before It Manages You. NY: Guilford Press, 1995.

Eccleston Ch. Role of psychology in pain management. British Journal of Anaesthesia 2001.

Eccleston Ch., Morely S., Williams A. Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta analysis of pain relief. Pain, 2002.

Estlander A. Assessment of Cognitive Variables and Depression in Patients with Chronic Pain. In Campbell, J. (ed.). Pain, 1996, Updated Review. Seattle: IASP Press, 1996.

Eysenck H., Eysenck G. Eysenckovy osobnostní dotazníky. Bratislava: Psychodiagnostika, 1993.

Frombach I., Asmundson G., Cox B. Confirmatory factor analysis of the fear: Questionnaire in injured workers with chronic pain. Depression and Anxiety, 1999, č. 9.

Geisser M., Roth R., Theisen M. et al. Negative Affect, Self-Report of Depressive Symptoms and Clinical Depression: Relation to the Experience of Chronic Pain. The Clinical Journal of Pain, 2000.
Höschl C. Bolest a deprese. Bolest, 1999.
Keefe J. Cognitive-Behavioral Approaches to Assessing Pain and Pain Behavior.//Campbell, J. (ed.) Pain, 1996, Updated Review. Seattle: IASP Press, 1996.
Kerns R., Otis J., Marcus K. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain in the Elderly. Pain Management in the Elderly, 2001.
Knotek P. et al. Bolest Psychosociální problémy a léčba. Praha: SSLB a UPSA Laboratories, 1994.
Knotek P., Žalský M. Vizuální analogové škály pro měření bolesti a psychologickou diagnostiku pacientů s chronickou bolestí. Bolest, 2001.
Knotek P., Žalský M. Škála bolestivého chování. Bolest, 2001.
Knotek P., Williams D., Blahuš D. Dotazník názorů na bolest a percepce bolesti: česká verze. Bolest, 2001.
Křivohlavý J. Bolest Její diagnostika a psychoterapie. Brno: IPVZ, 1992.
Loeser J., Turk D. Multidisciplinary Pain Management.//Loeser, J. (ed.) Bonica's Ma nagement of Pain. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
Lorig K., Chastain R., Ung E. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. Arthritis and Rheumatism, 1989.
Mareš J. Strach z bolesti: teorie a empirické výzkumy. Bolest, 2002.
Mareš J. et al. Dítě a bolest. Praha: Grada, 1997.
Main Ch., Keefe F., Rollman, G. Psychological Assesment and Treatment of the Pain Patient. Giamberardino E. (ed.) Pain — an updated review. Seattle: IASP Press, 2002.
McCracken L., Gross R., Eccleston Ch. Multimethod assessment of treatment process in chronic low back pain: comparison of reported pain-related anxiety with directly measured physical capacity. Behaviour Research and Therapy, 2002.
Možný P., Praško J. Kognitivně behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe. Praha: Triton, 1999.
Opavský J. Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi. Bolest, 1998, č. 1.
Papežová H. Psychiatricko-psychologické aspekty bolesti.//Kozák, J., Papežová, H. (eds.) Kapitoly z léčby bolesti. Praha: Maxdorf, 2002.
Preiss M. et al. Klinická neuropsychologie. Praha: Grada, 1998.
Raudenská J. Psychologická diagnostika u pacientů s kontinuálním epidurálním analgetickým blokem. Bolest, 2001.
Raudenská J., Javůrková A. Možnosti kognitivně behaviorální terapie v léčbě somatických onemocnění (model chronické bolesti u pacientů s kognitivními poruchami). Bolest, 2001, č. 5: 3.
Raudenská J. Zpráva z výročního kongresu Německé společnosti pro léčbu bolesti v Cáchách 25.—29. 9. 2002. Bolest, 2003.
Raudenská J., Javůrková A. Deprese a úzkostné poruchy u pacientů s chronickou bolestí. Bolest 2003.
Ravenovy matrice. Bratislava: Psychodiagnostika, 1991.
Reilly J., Baker G., Rhodes J. et al. The Association of Sexual and Physical Abuse with Somatization: Characteristics of Patients Presenting with Irritable Bowel Syndrome and Non-epileptic Attack Disorder. Psychol. Med., 1999.
Rokyta R. Bolest a její patofyziologie. Psychiatrie, 1998.
Rokyta R. Bolest a deprese. Bolest, 1999.
Rosenstiel A., Keef J. The use of coping strategies in low-back pain patients: Relationship to patient's characteristics and current adjustment. Pain, 1983.
Rudy E., Kerns D., Turk D. Chronic Pain and Depression: Toward a Cognitive-behavioral Mediation Model. Pain, 1988.
Ruisel I. et al. Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti. Bratislava: Psycho-diagnostické a didaktické testy, 1980.
Sharp T. Chronic pain: a reformulation of the CB model. Behaviour Research and Therapy, 2001.
Skevington S. Standardised scale to measure beliefs about controlling pain (BPCQ): a preliminary study. Psychology and Health, 1990.
Sullivan M., Turk D. Psychiatric Illness, Depression and Psychogenic Pain.//Loeser, J. (ed.) Bonica's Management of Pain. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2001.
Svoboda M. Metody psychologické diagnostiky dospělých. Praha: CAPA, 1992.

Trail Making Test, forma A, B. Brno: Psychodiagnostika, 1997.
Tunks E., Merskey H. Psychotherapy in the Management of Chronic Pain.//Loeser, J. (ed.) Bonica's Management of Pain. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2001.
Turner J., Romano J. Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain.//Loeser, J. (ed.) Bonica's Management of Pain. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2001.
Vlayen J., Kole-Snijders A., Boeren A. et al. Fear of movement (re)injury in chornic low back pain and ist relation to behavioral performance. Pain, 1995.
Wechslerova škála paměti (WMS III.). Brno: Psychodiagnostika, 1999.
Wechslerův test inteligence pro dospělé (WAIS-III.). Brno: Psychodiagnostika, 1999.
Wilson K., Mikail F., D'Eon J. et al. Alternative Diagnostic Criteria for Major Depressive Disorder in Patients with Chronic Pain. Pain, 2001.
Williams A. Psychological Techniques in the Management of Pain.//Thomas, N. (ed.) Pain: Its Nature and Management. London: Bailliere Tindall, 1997.
Williams A., Harding V. Applying Psychology to Enhance Physiotherapy Out- come. Physiotherapy Theory and Praktice, 1995.

9. Заключение

Эта книга описывает индивидуальные КБ методы для целого ряда психических расстройств. Надеемся, что нам удалось описать основные КБ подходы в широком современном диапазоне. Конечно, ряд аспектов современных КБ подходов мы не затронули. В отдельных главах старались выбрать современные подходы с акцентом на те, в которых имеем наибольший опыт. Также не были указаны все расстройства, которыми в настоящее время занимается КБТ (отсутствует, например, аутизм, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у взрослых, умственная отсталость, диссоциациативные расстройства, расстройства личности и другие). Тем не менее, степень публикации настолько велика, что не было возможности ее расширять далее. Большинство неупомянутых расстройств заслуживают отдельной публикации, например, 2 года назад у нас была публикация о расстройстве личности.

В конце данной книги приводятся **11 принципов проведения психотерапии**, как их сформулировал один из самых известных новаторов бихевиоральной терапии Ф. Канфер. Мы верим, что если вы будете следовать этим принципам в своей практике, ваша деятельность с пациентами будет более успешной, и вы будете в полной мере удовлетворены своей работой.

1. Никогда не ожидайте от пациента, что он будет действовать против собственных интересов (т. е., учитывайте выгоду, которую он получает от своего текущего состояния, и возможные потери при его изменении).
2. Сосредоточьтесь на решении проблем и на будущем, на достоинствах пациента, на его конкретном поведении, на факторах, которые предшествуют данному поведению, и на последствиях этого поведения.
3. Терапевт — лишь хорошо обученный специалист. Он не Бог, чтобы брать на себя ответственность за жизнь пациента.
4. Не пилите ветку, на которой сидит пациент, до того, пока не приставите ему лестницу (т. е., не стремитесь к устранению определенного поведения, пока пациент не научится вести себя по-другому).
5. Пациент всегда прав (т. е., пациент имеет право принять решение даже не в свою пользу). Это значит, что если пациент в качестве самой главной своей проблемы видит определенный физический симптом, не имеет смысла навязывать ему то, что, по вашему мнению, для него главное, например, помириться со своей женой).
6. Пока вы не увидели симптом, вы не можете знать, что на самом деле происходит (т. е., необходимо сосредоточиться на явном поведении — на основании чего вы поймете, что у пациента тревожное состояние).
7. Невозможно лечить человека, который не присутствует на сеансе (т. е., невозможно лечить мужа, босса или ребенка пациента, хотя, несомненно, он бы этого хотел).
8. При терапии сосредоточьтесь на достижении небольшого улучшения на следующей неделе, а не на достижении совершенства в далеком будущем, и ведите к этому своего пациента.
9. Не предоставляйте пациенту больше информации, чем он в состоянии принять (поэтому важно использовать наглядные примеры, изображения или

графики; информация должна быть предоставлена дозировано, продолжительностью около 20 с).

10. Если вы во время сеанса работали больше, чем ваш пациент, значит, где-то вы сделали ошибку.
11. Не бойтесь доверять пациенту и верьте, что он способен измениться к лучшему. Скажите ему, что с небольшой помощью с вашей стороны, он, безусловно, сможет этого добиться.

10. Дополнительные материалы — формы, оценочные шкалы, вопросники и анкеты

Основная информация

Лист 1

Имя:____________________ №заболевания:__________________________

Адрес: ____________________ Дата рождения: __________________________

__________________________Место рождения:__________________________

__________________________ Возраст: ___________Пол: ______________

Семейное положение: ______________________________

Индекс:__________________________Профессия:______________________

Телефон: ________________________ Вероисповедание: ________________

Пациент госпитализация/амбулаторное лечение

Отправлен: _______________________________ Дата __________________

Первый осмотр, дата: ______________________ Осмотр провел: _________

Комплексное обследование, дата: _______ Обследование провел: _________

Главный врач: _____________________________

Участковый врач: __________________________

Другие терапевты: _________________________

Родственники/друзья: _______________________

Адрес: ___________________________________

Лечение завершено, дата: ___________________________

_______________ Способ завершения лечения: ________________________

_______________(лечение завершено)__________________________________1

________________ (перерыв перед 2 сеансом) ___________________________2

Индекс:_____________(перерыв между 3 и 8)____________________________3

Телефон: __________ (другой способ) ___________________________________4

ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ

Терапевтический контракт?____Семейная терапия?_____Супружеская котерапия? ______

Сеанс в отделении______________ Пропущенные сеансы________

Сеанс в домашней обстановке____ Отмененные сеансы__________

Сеанс для тренинга_____________ Время экспозиции___________

Общее количество сеансов_______ Общее время терапии________

___

СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ КАТАМНЕЗА

Примечания:

Основная информация — Лист 2

№	Описание проблемы/ цели	Перед E J	Во время E J	После E J	1 M E J	2 M E J	6 M E J
		П Т					
		П Т					
		П Т					
		П Т					
		П Т					
		П Т					
		П Т					
		П Т					
		П Т					
	РАБОТА	П Т					
	ДОМ	П Т					
	ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ	П Т					
	ЛИЧНЫЕ ИНТЕРЕСЫ	П Т					
	ОБЩАЯ ОЦЕНКА УЛУЧШЕНИЯ К Т						

E .....эмоцииП .... пациент — самооценивание
J...... действиеТ......терапевт .... оценка

Основная информация — Лист 3

ВИД ПРОБЛЕМЫ	Перед	Во время	После	1 М	2 М	6 М
Физические проблемы						
Обсессии и компульсии						
Отношения с людьми						
Депрессия						
Тревога						
Гнев/вражда						
Фобическая тревога						
Обидчивость						
Психотизм						
Сексуальные проблемы						
Семейные проблемы						
Другие шкалы						
Общая оценка проблемы						

Анкета страха						
Общая тревога						
Глобальная фобия						

Дата									
Шкала депрессии Бека									

Дата									
Шкала депрессии Бека									

Основная информация — Лист 4

Дата						
Клиническая шкала						
Клиническая шкала						
Клиническая шкала						
Клиническая шкала						
Клиническая шкала						
Клиническая шкала						
Клиническая шкала						
Клиническая шкала						
Клиническая шкала						
Клиническая шкала						

Анкета жизненной истории

С помощью как можно более подробного заполнения следующих данных вы поможете нам получить полную картину вашей жизненной истории. Она может быть связана с вашими текущими трудностями. Все ответы являются строго конфиденциальными и не будут преданы гласности без вашего согласия.

Если вы не хотите отвечать на какой-либо вопрос, пожалуйста, зачеркните его.

Имя ____

Адрес____

____

Телефон____

Дата рождения:__________ Возраст: ______ Профессия:____________________

Кто вам рекомендовал? _______________________________

Имя и адрес участкового врача:_________________________

____

Телефон: ____________________________

1
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Опишите собственными словами суть вашей проблемы и ее продолжительность:

____

____

Кратко опишите, как ваши проблемы начались и как они развивались до настоящего времени:

____

____

Опишите ситуации, в которых ваши проблемы усугубляются, или которых вы опасаетесь:

____

____

2
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ — продолжение

Укажите ситуации, в которых вы чувствуете себя спокойным и расслабленным:

____

____

Вы уже с кем-нибудь беседовали о своих проблемах? (Например, с врачом, психологом, психиатром, социальным работником и т.д.?)

____

____

Страдаете ли вы какими-либо страхами или фобиями? (Приведите 5 наиболее серьезных)

____

____

Проверяете ли вы некоторые вещи более одного раза? (Укажите, какие)

____

____

Возникают ли у вас неприятные мысли, которые появляются в голове, и от которых вы не можете избавиться? (пожалуйста, обведите)

Никогда Иногда Часто Почти всегда Постоянно

Из следующих терминов обведите те, которые относятся к вам:

тревога	перфекционизм	отсутствие аппетита
чувство напряженности	осторожность	бессонница
чувство паники	я не в состоянии забросить дела	лекарства мне помогают справиться с проблемами
головокружение	застенчивость перед людьми	чувство несостоятельности
покалывание в конечностях	чувство одиночества	я не в состоянии сделать ничего так, как это необходимо
чувство потери сознания	я не доверяю самому себе	чувство вины
тремор	могу быстро рассердиться	меня ничего не интересует
сердцебиение	финансовые трудности	несосредоточенность
постоянное чувство усталости	я не в состоянии ни с кем подружиться	забывчивость
проблемы с пищеварением	я не в состоянии поддерживать дружеские отношения	мысли о самоубийстве
		чувство неполноценности
головная боль	я не в состоянии принять решение	
сексуальные проблемы	я не в состоянии удержаться на работе	депрессия
я не в состоянии расслабиться	плохая ситуация дома	ночные кошмары
не люблю выходные дни	не люблю праздничные дни	проблемы с желудком
чрезмерно настойчивый	проблемы с памятью	чрезмерное употребление алкоголя

Обозначьте тяжесть своих проблем на данной шкале:

Немного мне мешают	Умеренной тяжести	Средней тяжести	Высокой степени тяжести	Полностью меня изнуряют

3
ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ — продолжение

Обведите те из следующих понятий, которые имеют к вам отношение:

Никчемный — Бесполезный — «Ноль» — «Моя жизнь не имеет смысла» — Неадекватный — Глупый — Неспособный — Наивный — «Ничего не могу сделать правильно» — Чувство вины — Злой — Аморальный — Страшные мысли — Враждебный — Полный ненависти — Тревожный — Эмоциональный — Трусливый — Не в состоянии настоять на своем — Паникер — Агрессивный — Некрасивый — Скучный — Непривлекательный — Отталкивающий — Депрессивный — Нелюбимый — Знающий себе цену — Непонятый — Одинокий — Беспокойный — Запутанный — Неуверенный — В состоянии справиться с конфликтом — Сочувствующий — Привлекательный — Уверенный — Внимательный — Надежный.

Напишите, каковы ваши ожидания по поводу лечения:

____

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Укажите тяжелые заболевания, травмы или операции, которые вы перенесли до 12 лет своей жизни:

____

____

Укажите тяжелые заболевания, травмы или операции, которые вы перенесли между 12 и 22 годами своей жизни:

____

____

Укажите тяжелые заболевания, травмы или операции, которые вы перенесли после 22 лет своей жизни:

____

____

Когда вы в последний раз проходили медицинское обследование: ______________

____

Если вы хоть раз посетили психиатра, напишите, когда, по какому поводу и как долго вы лечились:

____

____

Пожалуйста, напишите, какие лекарственные препараты вы в настоящее время принимаете:

____

____

Какой вид алкоголя вы пьете чаще всего, как часто вы употребляете алкоголь и какое количество вы выпиваете за неделю? ______________________

____

4
СЕМЬЯ

(Если какой-либо член вашей семьи недавно умер, напишите, пожалуйста, дату и причину смерти).

***МАТЬ**: Имя:* ________________________ *Возраст:* ___________
*Профессия:*____

Состояние здоровья: ____
____

Кратко опишите ее характер: ____
________________ ____

***ОТЕЦ**: Имя:* ________________________ *Возраст:* ___________
*Профессия:*____

Состояние здоровья: ____
____

Кратко опишите ее характер: ____
________________ ____

***БРАТЬЯ И СЕСТРЫ**:*

Братья: Имя и возраст: ____
____
____

Сестры: Имя и возраст: ____
____

____

Кто-нибудь из вашей семьи имеет проблему подобную вашей? (Если да, то просьба сообщить подробности.) ____
____

____
____

Имеет ли кто-нибудь из вашей семьи любую из этих проблем?

Чрезмерное употребление алкоголя — Эпилепсия — Депрессия — «Слабые нервы» — или что-либо другое, что можно было бы считать психическим расстройством? (Пожалуйста, укажите подробности).

5
ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

Место рождения ______________________________

Рост ______________ *Вес* ______________

Обозначьте те из следующих данных, которые непосредственно касаются вашего детства:

Нормальные роды	Ночные кошмары	Ночной энурез
Нормальный ребенок	Сосание пальца	Обкусывание ногтей
Страхи	Лунатизм	Заикание
Счастливое детство	Несчастное детство	Другие

ШКОЛА

В каком возрасте вы начали ходить в школу? ______________

В каком возрасте вы закончили школу? ______________

Вы ходили в школу с радостью или без? (Пожалуйста, приведите подробности) ______________

____

Были ли у вас в школе проблемы с одноклассниками? ______________

Каков ваш самый высокий уровень образования? В какой области? ______________

____

РАБОТА

Как долго вы работаете на вашем нынешнем месте? (если вы работаете)

____

В какой должности?

____

Расскажите всю историю своей занятости, укажите периоды вашей деятельности: ___

____

____

УСЛОВИЯ ЖИЗНИ

Где вы живете? (Пожалуйста, отметьте соответствующий вариант)

Квартира Дом Общежитие Социальное учреждение Отель

Другое: ______________________________

Кто в настоящее время проживает совместно с вами? (перечислите)

____

Каковы ваши интересы и хобби?

____

Чем вы занимаетесь в свободное время?

____

6
БРАК И СЕМЬЯ

Отметьте свое текущее семейное положение:

Не замужем/ не женат	Сожительство	Замужем/ женат
Разведен/ разведена	Вдова/ Вдовец	Повторно женат/ замужем

Возраст партнера: __________ *Профессия:* ____
____

Как давно вы проживаете с вашим партнером? ______________________________

В настоящее время, ваши отношения с партнером (Обведите один ответ) являются:

Очень хорошими	Хорошими	Средними	Не очень хорошими	Очень плохими

У вас есть дети? (Пожалуйста, укажите их имя и возраст):

____
____
____

Существуют ли у вас какие-либо проблемы с детьми, которые вас беспокоят?

____
____
____
____

Если вы женщина, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы:

В каком возрасте у вас началась менструация?

Имеете ли вы в связи с менструальным циклом некоторые из следующих проблем?
Боль / сильное кровотечение / кровотечение между периодами /менструация, влияющая на настроение/ нерегулярная менструация

____

Информация о сексуальной жизни ***(эта часть анкеты должна быть заполнена только, если у вас существуют проблемы в этой области)***

Каким было отношение ваших родителей к вопросам о сексе? (Например, обсуждали ли вы с родителями сексуальные проблемы, рассказывали ли вам родители о возможных сексуальных проблемах и т.д.)?

____
____

Как и когда вы получили первую информацию о сексе?

____
____

Когда вы впервые осознали свои сексуальные импульсы/желания? __________________

В каком возрасте у вас началось половое созревание? __________________________

В каком возрасте вы впервые мастурбировали? ______________________________

*Чувствовали ли вы иногда в связи с мастурбацией чувство вины или беспокойства*____

В каком возрасте у вас произошел первый половой акт? ________________________

Возникало ли у вас когда-нибудь чувство вины или тревоги в связи с сексуальным контактом? ______________________________

Считаете ли вы вашу текущую сексуальную жизнь удовлетворительной? (Если нет, то напишите почему)

____

Если вы пережили какой-либо неприятный или значимый для вас сексуальный опыт, напишите какой: ______________________________

____

____

Запись лечебного сеанса

<table>
<tr><td colspan="3">Пациент:
Отделение:
Терапевт:</td><td colspan="3">Дата сеанса:
Номер сеанса:
Тип сеанса:
Поликлиника/Встреча с пациентом у него дома/Телефонный разговор/Поездка на место</td></tr>
<tr><td colspan="6">ИНФОРМАЦИЯ О ДОМАШНИХ ЗАДАНИЯХ И ДРУГИХ ВАЖНЫХ СОБЫТИЯХ</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="6">РАБОТА НА СЕАНСЕ И ЗАДАНИЕ ДОМАШНИХ УПРАЖНЕНИЙ</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="6">ПРИМЕЧАНИЯ И КОММЕНТАРИИ (НАСТРОЕНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И Т.Д.)</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="6">ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>Время обучения под супервизией</td><td></td><td>Общее время терапии на сеансе</td><td></td><td>Общее время текущей терапии</td><td></td></tr>
</table>

Профиль проблемы

Профиль проблемы состоит из анкеты, имеющей 105 пунктов, в которой максимально достижимый результат составляет 402 балла. Эти пункты охватывают следующие проблемные области:

1. Соматические проблемы	максимальный балл	48
2. Обсессии и компульсии	максимальный балл	40
3. Отношение к людям	-"—	36
4. Депрессия	-"—	52
5. Тревога	-"—	40
6. Гнев/враждебность	-"—	24
7. Фобическая тревога	-"—	28
8. Параноидальные представления/мысли	-"—	24
9. Психотизм	-"—	40
10. Сексуальные проблемы	-"—	36
11. Семейные проблемы	-"—	36
12. Дополнительные шкалы	-"—	28

Если мы предоставляем пациенту данную анкету, необходимо выполнить следующие инструкции: «Укажите, насколько данная проблема беспокоила вас в течение последних 30 дней, включая сегодняшний».

Профиль проблемы

Имя: ______________________________ *Дата:* ______________

№ заболевания: ______________________

Шкала

0	1	2	3	4
Совсем нет	Немного	Средне	Сильно	Очень сильно

Инструкции:

На следующих страницах вы найдете перечень проблем и жалоб, с которыми сталкивается большое количество людей.

Внимательно прочитайте каждый пункт и выберите на шкале номер, который наиболее соответствует тому, насколько эта проблема беспокоила вас в течение последних 30 дней, включая сегодняшний.

Число, которое вы выбрали, запишите в скобках в конце строки.

У вопросов 5 и 11 две скобки, свой ответ напишите в первые скобки.

Если вы допустили ошибку, зачеркните неправильный ответ, а затем, напишите правильный ответ в строчке рядом со скобкой.

Данная анкета разработана для того, чтобы помочь вашему терапевту лучше понимать Ваши проблемы, поэтому важно, чтобы вы ответили на каждый вопрос.

Пример:

Следующий пример поможет вам правильно заполнить анкету:

Насколько вы страдаете от:

Головной боли ______________________________ *[2]*

5. Потери интереса к сексу и удовольствия от него __________ *[2]* __________ *[ ]*

103. Чувства вины ______________________________ *[X] 3*

Насколько вы от нее страдаете:

0	1	2	3	4
Совсем нет	Немного	Средне	Сильно	Очень сильно

1. Головные боли [ ]
2. Нервозность и внутренняя дрожь [ ]
3. Навязчивые мысли, от которых я не могу избавиться [ ]
4. Обмороки или головокружения [ ]
5. Потеря интереса к сексу и удовольствия от него [ ]
6. Повышенная критичность по отношению к другим [ ]
7. Представление о том, что кто-то может контролировать мое мышление [ ]
8. Боль во время полового акта [ ]
9. Ощущение, что другие виноваты в моей беде [ ]
10. Проблемы с памятью [ ]
11. Чувство, что моя сексуальная жизнь должна быть лучше [ ]
12. Заботы из-за собственной неосторожности и небрежности [ ]
13. Ощущение, что могу легко рассердиться и обидеться [ ]
14. Чувство, что у меня мало энергии [ ]

15. Боль в области сердца и груди [ ]
16. Страх открытых пространств и улиц [ ]
17. Неспособность достичь оргазма или эякуляции [ ]
18. Ссоры с партнером [ ]
19. Мысли о самоубийстве [ ]
20. Слышание голосов, которые другие люди не слышат [ ]
21. Тремор [ ]
22. Чувство, что большинству людей нельзя доверять [ ]
23. Проблемы с сексом [ ]
24. Домашние разногласия [ ]
25. Пониженный аппетит [ ]
26. Плаксивость [ ]
27. Чувство стыда и неуверенности во время контактов с противоположным полом [ ]
28. Чувство, что нахожусь в ловушке, в тупике [ ]
29. Внезапный испуг без причины [ ]
30. Недовольство своими сексуальными способностями [ ]
31. Напряженность между мной и партнером [ ]
32. Приступы гнева, которые я не могу контролировать [ ]
33. Чувство опасности, когда я покидаю дом [ ]
34. Самообвинение [ ]
35. Боль в спине [ ]
36. Неспособность закончить определенную деятельность [ ]
37. Чувство одиночества [ ]
38. Чувство печали, уныния [ ]
39. Слишком за все переживаю [ ]
40. Отсутствие интереса к происходящему вокруг [ ]
41. Проблемы с достижением сексуального возбуждения [ ]
42. Недовольство поведением партнера [ ]
43. Чувство страха [ ]
44. Меня легко можно задеть. [ ]
45. Другие люди знают, о чем я думаю. [ ]
46. Другие люди не понимают меня и относятся ко мне бесчувственно [ ]
47. Другие люди недружелюбны и не любят меня [ ]
48. Я делаю все очень медленно, чтобы сделать это правильно [ ]
49. Сердцебиение [ ]
50. Тошнота и боли в желудке [ ]
51. Тревога или страх полового акта [ ]
52. Ощущение, что дома не смогу найти помощь или поддержку [ ]
53. Чувство неполноценности в сравнении с другими [ ]
54. Слабость в мышцах [ ]
55. Ощущение, что другие говорят обо мне или смотрят на меня [ ]
56. Проблемы с засыпанием [ ]
57. Повторные проверки того, что я делаю [ ]
58. Проблемы с принятием решения [ ]

59. Страх перемещения на автобусе, поезде или метро [ ]
60. Ощущение, что партнер меня не понимает [ ]
61. Проблемы с отдышкой [ ]
62. Чередование ощущения тепла и холода [ ]
63. Избегание определенных мест, вещей и деятельности, так как это может быть для меня опасно [ ]
64. Ощущение пустоты в голове [ ]
65. Онемение и покалывание некоторых частей тела [ ]
66. Ощущение, что у меня ком в горле [ ]
67. Чувство безнадежности и страха перед будущим [ ]
68. Не могу сосредоточиться [ ]
69. Слабость в определенных частях тела [ ]
70. Чувство напряженности и нервозности [ ]
71. Я и партнер должны больше разговаривать [ ]
72. Мысли о смерти и умирании [ ]
73. Переедание [ ]
74. Неприятное чувство, что люди смотрят на меня и говорят обо мне [ ]
75. Ощущение, что у меня в голове присутствуют чужие мысли [ ]
76. Побуждение сделать кому-нибудь больно, или избить [ ]
77. Преждевременное пробуждение [ ]
78. Повторение определенных действий, таких как умывание, подсчет [ ]
79. Беспокойный и прерываемый сон [ ]
80. Побуждение что-либо сломать, уничтожить [ ]
81. У меня присутствуют некоторые мнения или убеждения, которые другие люди со мной не разделяют [ ]
82. Я и партнер должны больше вещей делать вместе [ ]
83. При контакте с людьми я наблюдаю за собой [ ]
84. Я чувствую себя некомфортно в толпе (в переполненном магазине, кино) [ ]
85. Чувство, что все стоит мне многих усилий [ ]
86. У меня бывают приступы ужаса или паники [ ]
87. Неприятное чувство, когда я должен есть или пить в компании других людей [ ]
88. Легко ссорюсь [ ]
89. Я нервничаю, когда остаюсь один [ ]
90. Чувство, что другие не признают мои достижения и способности [ ]
91. Чувство одиночества, даже когда я нахожусь среди людей [ ]
92. Чувствую такое беспокойство, что не в состоянии даже сидеть [ ]
93. Чувство бесполезности [ ]
94. Ощущение, что вещи вокруг вдруг стали чужими и нереальными [ ]
95. Кричу и ломаю вещи [ ]
96. Страх, что потеряю сознание в общественном месте [ ]
97. Ощущение, что другие используют меня, если им это позволить [ ]
98. Мысли о сексе, которые меня сильно беспокоят [ ]
99. Мысли о том, что я заслуживаю наказание за свои грехи [ ]
100. Чтобы сделать что-либо, я должен себя заставлять [ ]
101. Мысли о том, что что-то не в порядке с моим телом [ ]

102. Чувство отчуждения от других [ ]
103. Чувство вины [ ]
104. Мысли о том, что что-то не так с моим мозгом [ ]
105. Чувство тяжести в руках и ногах [ ]

ПОЖАЛУЙСТА, НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ЭТУ ЧАСТЬ АНКЕТЫ

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Перечень вопросов

(Порядок по степени дискомфорта и нарушения нормального функционирования)

Пациент(ка): ____ Дата: _______________

Оценка:

«Эта проблема беспокоит меня и/ или нарушает мое нормальное функционирование».

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не тревожит Не беспокоит		Слегка Редко		Умеренно Иногда	Серьезно Часто		Очень серьезно Очень часто		Максимально Постоянно	

№ проблемы	Продолжительность	Описание проблемы	Дискомфорт	Нарушение

Список целей

Пациент (ка): ________________________________ *Дата:* ________________

В конце терапии я буду в состоянии:

№	Описание цели

Анализ проблемы

Пациент (ка): ______________________ *Терапевт:* ______________

1. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ПРОБЛЕМА (ОПИСАНИЕ): ______________

2. КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРОБЛЕМА:

ЭМОЦИИ (ИНТЕНСИВНОСТЬ):

____

МЫСЛИ (УБЕДИТЕЛЬНОСТЬ): ______________

ФИЗИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ: ______________

ПОВЕДЕНИЕ: ______________

3. СИТУАЦИИ И СТИМУЛЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПРОБЛЕМУ: ______________

4. ПОСЛЕДСТВИЯ (непосредственные и долгосрочные) ______________

5. ЧАСТОТА ______________

6. МОДИФИЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ (что ухудшает / улучшает проблему?) ______________

7. ВЫГОДА/ПОТЕРЯ ОТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ (для пациента и социального окружения) ______________

8. ТЕКУЩИЕ УСИЛИЯ ПО РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ______________

ОЦЕНКА:

ДИСКОМФОРТ – шкала
0 – эта проблема никогда не беспокоила меня
2 – иногда меня эта проблема немного беспокоит
4 – эта проблема часто меня беспокоит
6 – очень часто эта проблема чрезмерно меня беспокоит
8 – эта проблема постоянно очень сильно меня беспокоит

НАРУШЕНИЕ ЖИЗНИ – шкала
0 – не мешает моей повседневной жизни
2 – иногда мешает моей повседневной жизни
4 – часто разрушает мою повседневную жизнь
6 – очень часто эта проблема нарушает мою повседневную жизнь
8 – постоянно и очень серьезно эта проблема нарушает мою повседневную жизнь

Дата:		Дискомфорт	Нарушение
________	Нач. терапии	________	________
________	неделя	________	________
________	неделя	________	________
________	неделя	________	________
________	неделя	________	________
________	неделя	________	________
________	неделя	________	________
________	Окончание терапии	________	________
________	Катамнез 1 м.	________	________
________	Катамнез 3 м.	________	________
________	Катамнез 6 м.	________	________

Проблемы

Самооценка/ Оценка терапевта

Пациент ________________________________ *Терапевт* ________________________

ПРОБЛЕМА А:

ПРОБЛЕМА Б:

ПРОБЛЕМА В:

ПРОБЛЕМА Г:

«Эта проблема беспокоит меня и/или нарушает мою повседневную жизнь»

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Совсем Нет		Немного Редко		Явно Иногда		Значительно Часто		Очень серьезно Очень часто		Максимально Постоянно

Проблема	А	Б	В	Г	Дата
Нарушение поведения	☐	☐	☐	☐	________
Неприятные ощущения	☐	☐	☐	☐	До начала лечения

Проблема	А	Б	В	Г	Дата
Нарушение поведения	☐	☐	☐	☐	________
Неприятные ощущения	☐	☐	☐	☐	После лечения

Проблема	А	Б	В	Г	Дата
Нарушение поведения	☐	☐	☐	☐	________
Неприятные ощущения	☐	☐	☐	☐	После 1 месяца

Проблема	А	Б	В	Г	Дата
Нарушение поведения	☐	☐	☐	☐	________
Неприятные ощущения	☐	☐	☐	☐	После 6 месяцев

Цели

Самооценка/ Оценка терапевта

Пациент ____________________ *Терапевт* ____________________

ЦЕЛЬ А: ____________________

ЦЕЛЬ Б: ____________________

ЦЕЛЬ В: ____________________

ЦЕЛЬ Г: ____________________

ПОВЕДЕНИЕ

0	2	4	6	8	10
Полный успех	80 % успеха	60 % успеха	40 % успеха	20 % успеха	Нет никаких улучшений

НЕПРИЯТНЫЕ ЧУВСТВА ПРИ ПОВЕДЕНИИ

0	2	4	6	8	10
Отсутствуют	Умеренные	Явные	Значительные	Очень сильные	Максимальные

	Цель А	Цель Б	Цель В	Цель Г	**Дата**
Поведение	☐	☐	☐	☐	________
Неприятные ощущения	☐	☐	☐	☐	**До начала лечения**

	Цель А	Цель Б	Цель В	Цель Г	**Дата**
Поведение	☐	☐	☐	☐	________
Неприятные ощущения	☐	☐	☐	☐	**После лечения**

	Цель А	Цель Б	Цель В	Цель Г	**Дата**
Поведение	☐	☐	☐	☐	________
Неприятные ощущения	☐	☐	☐	☐	**После 1 месяца**

	Цель А	Цель Б	Цель В	Цель Г	**Дата**
Поведение					________
Неприятные ощущения					**После 6 месяцев**

Решение рабочих и домашних заданий, социальные отношения и хобби

Пациент ______________________ *Терапевт* ______________________

РАБОТА

«Мои проблемы нарушают мою способность работать»

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Совсем нет — Немного — Явно — Значительно — Очень серьезно — Не могу работать

	До	Во время	После	Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.
Пац.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Тер.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ

(Уборка, покупки, приготовление пищи, уход за детьми, оплачивание счетов)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Совсем нет — Немного — Явно — Значительно — Очень серьезно — Не могу это делать

	До	Во время	После	Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.
Пац.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Тер.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

СОЦИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ (совместно с другими)

(Визиты к друзьям, посещение вечеринок, развлекательных мероприятий, встречи, поход в ресторан)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Совсем нет — Немного — Явно — Значительно — Очень серьезно — Не могу это делать

	До	Во время	После	Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.
Пац.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Тер.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

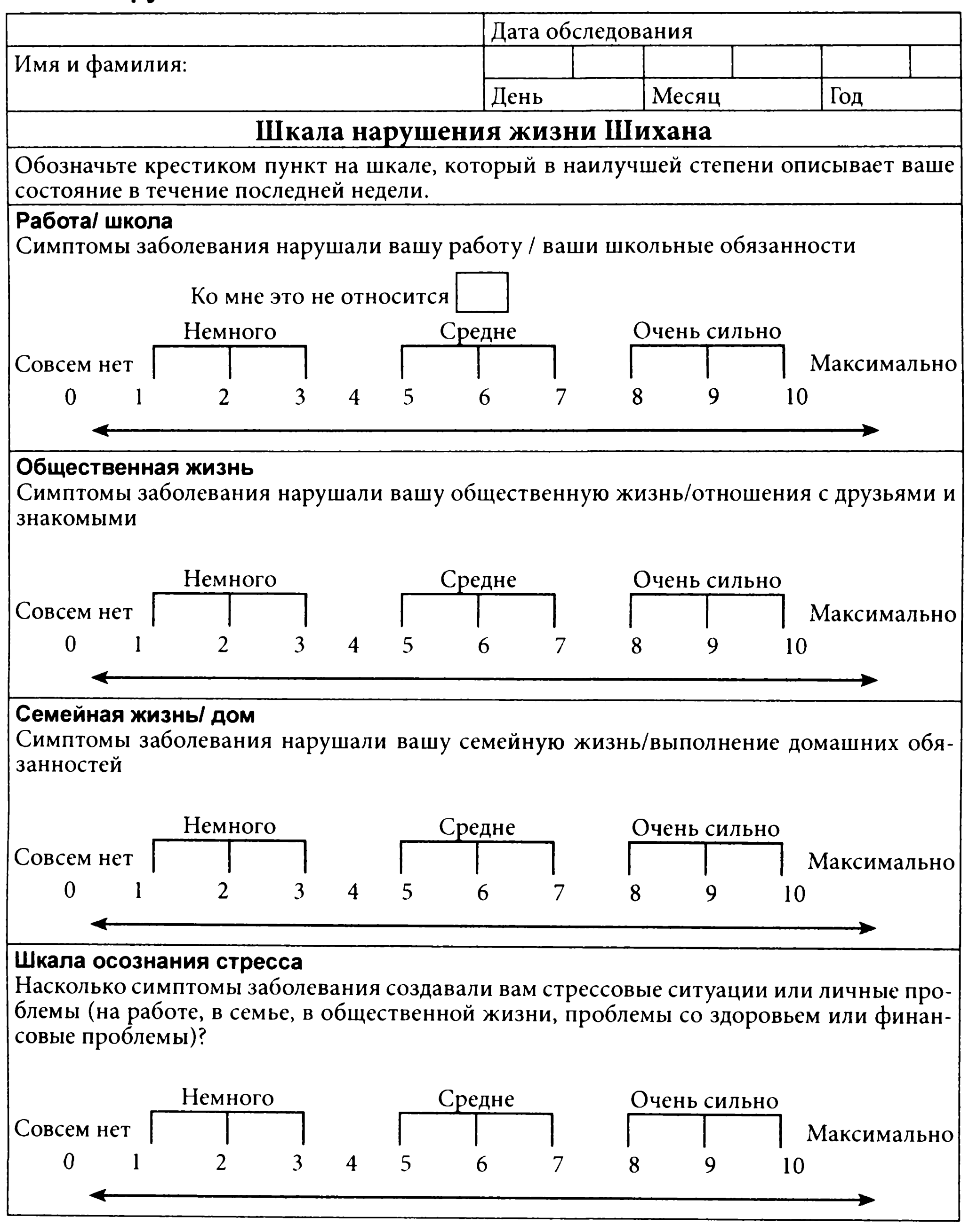
ЛИЧНЫЕ ИНТЕРЕСЫ И ХОББИ (осуществляемые в одиночку)

(Чтение, садоводство, коллекционирование марок, прогулка пешком, вышивание и т.д.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Совсем нет		Немного		Явно		Значительно		Очень серьезно		Не могу это делать

	До	**Во время**	**После**	**Через 1 мес.**	**Через 3 мес.**	**Через 6 мес.**
Пац.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Тер.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Шкала нарушения жизни Шихана



	Дата обследования		
Имя и фамилия:			
	День	Месяц	Год

Шкала нарушения жизни Шихана

Обозначьте крестиком пункт на шкале, который в наилучшей степени описывает ваше состояние в течение последней недели.

Работа/ школа

Симптомы заболевания нарушали вашу работу / ваши школьные обязанности

Ко мне это не относится ☐

Немного — Средне — Очень сильно

Совсем нет 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Максимально

Общественная жизнь

Симптомы заболевания нарушали вашу общественную жизнь/отношения с друзьями и знакомыми

Немного — Средне — Очень сильно

Совсем нет 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Максимально

Семейная жизнь/ дом

Симптомы заболевания нарушали вашу семейную жизнь/выполнение домашних обязанностей

Немного — Средне — Очень сильно

Совсем нет 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Максимально

Шкала осознания стресса

Насколько симптомы заболевания создавали вам стрессовые ситуации или личные проблемы (на работе, в семье, в общественной жизни, проблемы со здоровьем или финансовые проблемы)?

Немного — Средне — Очень сильно

Совсем нет 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Максимально

Форма для оценки улучшения

Имя ______________________________ *№ заболевания* ______________

Проблема ____

___________ ______________________________________

ИНСТРУКЦИИ

При заполнении следующей шкалы, пожалуйста, обозначьте, улучшилась ли ваша ситуация с начала лечения. Спросите сами себя:

«По сравнению с тем, как я чувствовал себя до начала лечения, сейчас я чувствую себя».

Хуже		Так-же		Немного лучше	Значительно лучше		Намного лучше			Полностью здоров
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Дата

______________ неделя лечения ______________ Оценка [________]

______________ неделя лечения ______________ Оценка [________]

______________ неделя лечения ______________ Оценка [________]

______________ неделя лечения ______________ Оценка [________]

______________ неделя лечения ______________ Оценка [________]

______________ неделя лечения ______________ Оценка [________]

______________ неделя лечения ______________ Оценка [________]

______________ неделя лечения ______________ Оценка [________]

______________ неделя лечения ______________ Оценка [________]

Окончание терапии

______________ месяц катамнеза ______________ Оценка [________]

______________ месяц катамнеза ______________ Оценка [________]

______________ месяц катамнеза ______________ Оценка [________]

______________ месяц катамнеза ______________ Оценка [________]

Определение и выполнение домашних заданий

Пациент(ка): ______________________________

ОЦЕНКА

ПОВЕДЕНИЕ

0	20 %	40 %	60 %	80 %	100 %
Не началось					**Полный успех**

НЕПРИЯТНЫЕ ЧУВСТВА ПРИ ПОВЕДЕНИИ

0	2	4	6	8	10
Отсутствуют	**Умеренные**	**Явные**	**Выразительные**	**Очень сильные**	**Максимальные**

Дата	Задание (цель)	П	Н

Анкета избегающего поведения

Имя ______________________________ *Дата* ______________

ИНСТРУКЦИИ

Ниже вы найдете список из 26 общественных мест и ситуаций. Пожалуйста, укажите, в какой степени вы их избегаете (в связи с тревогой или страхом), когда вы один или в обществе того человека, которому вы доверяете. Используйте следующую шкалу и свои ответы укажите в скобках в конце каждой строки.

1	2	3	4	5
Никогда не избегаю	**Иногда избегаю**	**Избегаю примерно в половине случаев**	**В основном избегаю**	**Всегда избегаю**

		С КЕМ-НИБУДЬ	ОДИН
1.	СИТУАЦИЯ	[___]	[___]
2	МАГАЗИНЫ	[___]	[___]
3	УЧЕБНЫЕ КЛАССЫ	[___]	[___]
4	ТОРГОВЫЕ ЦЕНТРЫ	[___]	[___]
5	РЕСТОРАНЫ	[___]	[___]
6	МУЗЕИ/ГАЛЕРЕИ	[___]	[___]
7	ЛИФТЫ	[___]	[___]
8	СТАДИОНЫ	[___]	[___]
9	МНОГОЭТАЖНЫЕ ГАРАЖИ	[___]	[___]
10	МЕСТА, НАХОДЯЩИЕСЯ НА ВЫСОТЕ (НАСКОЛЬКО ВЫСОКИЕ? ___ м)	[___]	[___]
11	ЗАКРЫТЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ (например, ТУННЕЛИ)	[___]	[___]
12	ОТКРЫТЫЕ ПРОСТРАНСТВА – НА УЛИЦЕ (например, ПОЛЕ, ПЛОЩАДЬ)	[___]	[___]
13	ОТКРЫТЫЕ ПРОСТРАНСТВА – ВНУТРИ (например, БОЛЬШОЕ ПОМЕЩЕНИЕ)	[___]	[___]
14	ПЕРЕМЕЩЕНИЕ НА АВТОБУСЕ	[___]	[___]
15	ПЕРЕМЕЩЕНИЕ НА ПОЕЗДЕ	[___]	[___]
16	ПЕРЕМЕЩЕНИЕ НА МЕТРО	[___]	[___]
17	ПЕРЕМЕЩЕНИЕ НА САМОЛЁТЕ	[___]	[___]
ВОЖДЕНИЕ ИЛИ ПОЕЗДКА НА МАШИНЕ В КАЧЕСТВЕ ПАССАЖИРА			
18	– В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ	[___]	[___]
19	– НА ШОССЕ	[___]	[___]
СИТУАЦИЯ			
20	– СТОЯНИЕ В ОЧЕРЕДИ	[___]	[___]
21	– СОБРАНИЕ ЛЮДЕЙ, ВЕЧЕРИНКИ	[___]	[___]
22	–ХОЖДЕНИЕ ПО УЛИЦЕ	[___]	[___]
23	– НАХОДИТЬСЯ ДОМА В ОДИНОЧЕСТВЕ	[___]	[___]
24	– НАХОДИТЬСЯ ДАЛЕКО ОТ ДОМА	[___]	[___]
25	ДРУГОЕ (пожалуйста, опишите)	[___]	[___]

____

____

Анкета страха

Анкета разделена на три области.

АНКЕТА СТРАХА
а) Аг - Шкала агорафобии, максимальное количество баллов 50.
б) КТ - Шкала боязни крови и травмы, максимальное количество баллов 50.
в) Соц. - Социальная шкала, максимальное количество баллов 50.
Общее максимальное количество баллов анкеты - 150.

ОБЩАЯ ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ
Определяет, насколько отдельные симптомы беспокоят пациента.
Максимальное количество баллов 50.

ОБЩАЯ ФОБИЯ
Общая оценочная шкала, максимальное количество баллов - 10.

Анкета страха - II

Имя ________________________ *Дата* ____________

На приведенной шкале выберите число, которое выражает, в какой степени вы избегаете описанных ситуаций, потому что боитесь их, или насколько они вызывают у вас неприятные чувства.

Затем, запишите это число в соответствующее поле.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Никогда не избегаю		Иногда избегаю		Избегая примерно в половине случаев				В основном избегаю		Всегда избегаю

1.	Инъекции и мелкие хирургические вмешательства					1.
2.	Прием пищи и питье в присутствии других людей					2.
3.	Больница					3.
4.	Поездка на автобусе или на поезде в одиночку					4.
5.	Прогулка по шумной улице одному					5.
6.	Находиться под наблюдением или контролем других людей					6.
7.	Идти в магазин, где много людей					7.
8.	Разговаривать с начальником					8.
9.	Вид крови					9.
10.	Быть подвергнутым критике					10.
11.	Уехать далеко от дома в одиночку					11.
12.	Думать о травме или заболевании					12.
13.	Говорить или играть перед публикой					13.
14.	Большие открытые пространства					14.
15.	Визит к стоматологу					15.
16.	Другие ситуации (опишите)					
		Аг	КЗ	Соц	Всего	

Теперь, выберите число на данной шкале, которое выражает ту степень, в которой вас беспокоят проблемы, перечисленные ниже.

Затем, запишите это число в соответствующее поле.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Совсем нет		Немного беспокоят	Средне беспокоят		Значительно беспокоят		Очень сильно беспокоят			Максимально беспокоят

17.	Чувство грусти и депрессии	
18.	Чувство раздражения или гнева	
19.	Чувство напряженности или тревоги	
20.	Неприятные мысли в голове	
21.	Чувство, что я и мое окружение кажется мне странным и нереальны	
22.	Другое чувство (опишите)	
	ВСЕГО	

Как в целом вы можете оценить текущее состояние ваших симптомов тревоги?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
У меня их нет		Немного мне мешают/ограничивают		Мешают мне/ ограничивают в средней степени	Значительно мне мешают/ ограничивают		Очень сильно мне мешают/ограничивают		Максимально мне мешают/ ограничивают	

Пожалуйста, обведите число от 0 до 10

Шкала симптомов социальной фобии Лейбовица

Инструкции: Все положения оценивайте в зависимости от того, как вы чувствовали себя в течение последней недели, включая сегодняшний день. Если какая-либо из ситуаций в течение прошлой недели не возникла, оценивайте ее в соответствии с тем, как вы действовали бы в том случае, если бы с этой ситуацией столкнулись. Для каждой ситуации оцените как степень страха или тревоги, так и частоту, с которой вы ее избегали.

В нижеуказанных ситуациях, я испытываю страх:

Никакой	Легкий	Средний	Сильный
1	2	3	4

Следующих ситуаций я избегаю:

Никогда (0 %)	Иногда (1–33 %)	Часто (34–67 %)	Постоянно (68–100 %)
1	2	3	4

СИТУАЦИИ	СТРАХ	ИЗБЕГАНИЕ
Разговор по телефону в общественном месте		
Участие в какой-либо деятельности в небольшой группе людей		
Принимать пищу в общественном месте		
Пить какие-либо напитки в общественном месте		
Разговор с авторитетным человеком		
Играть, выступать или говорить перед публикой		
Проводить время на вечеринке		
Быть под наблюдением во время работы		
Быть под наблюдением при написании чего-либо		
Звонить кому-либо, с кем раньше не были знакомы		
Говорить с кем-либо «глаза в глаза», с кем раньше не были знакомы		
Идти на встречу с незнакомым человеком		
Использовать общественные туалеты		
Зайти в помещение, где уже сидят остальные люди		
Быть в центре внимания		
Говорить на встрече без предварительной подготовки		
Проходить тест на способности, навыки или знания		
Выразить несогласие или возражение человеку, с которым не знаком		
Смотреть прямо в глаза человеку, которого раньше не знал		
Выступить с подготовленной заранее информацией перед группой людей		
Пойти на встречу, с целю создать романтические или сексуальные отношения		
Вернуть купленный товар и требовать возврат денежных средств		
Организовать вечеринку		
Выдержать натиск продавца, дилера или страхового агента		

Шкала оценки тяжести обсессивно-компульсивного расстройства Йеля-Брауна (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS)

Имя пациента:____________________________ Имя терапевта:________________________
Дата оценки: ______________________________

Шкала обсессий					
Время, занятое обсессиями	0 ч/ день 0	ч/ день 1	1-3 ч/ день 2	3-8 ч/ день 3	8+ ч/ день 4
2. Нарушение деятельности по причине обсессий	Совсем нет 0	Немного 1	Явно, но сносно 2	Значительное снижение 3	Полная неспособность 4
3. Стресс из-за обсессий	Отсутствует 0	Низкий 1	Средний, который можно преодолеть 2	Высокий 3	Практически постоянный 4
4. Сопротивление обсессиям	Всегда защищается 0	В основном 1	Иногда старается 2	Часто поддается 3	Всегда поддается 4
5. Контроль обсессий	Полный контроль 0	Частый контроль 1	Средний контроль 2	Редкий контроль 3	Отсутствие контроля 4
Шкала компульсий					
6. Время, занятое компульсиями	0 ч/день 0	ч/день 1	1-3 ч/день 2	3-8 ч/день 3	8+ ч/день 4
7. Нарушение деятельности по причине компульсий	Совсем нет 0	Немного 1	Явно, но сносно 2	Значительное снижение 3	Полная неспособность 4
8. Стресс из-за компульсий	Отсутствует 0	Низкий 1	Средний, который можно преодолеть 2	Высокий 3	Практически постоянный 4
9. Сопротивление компульсиям	Всегда защищается 0	В основном 1	Иногда старается 2	Часто поддается 3	Всегда поддается 4
10. Контроль компульсий	Полный контроль 0	Частый контроль 1	Средний контроль 2	Редкий контроль 3	Отсутствие контроля 4

Общий Y-BOCS балл тяжести расстройства:

0–7 субклинический
8–15 низкий
16–23 средний
34–31 тяжелый
32–40 очень высокий

Шкала тревоги Бека

Имя ______________________ *Дата* ______________

Представляем вам список общих симптомов тревоги. Внимательно прочитайте каждый пункт списка. Укажите, в какой степени отдельные симптомы беспокоили вас в течение прошлой недели, в том числе сегодняшнего дня, поставив крестик в соответствующем месте в таблицы, рядом с каждым симптомом.

	Совсем нет	Немного особо не беспокоили	Средне Это было неприятно, но можно было выдержать	Серьезно Я с трудом это выдержал
	0	1	2	3
1. Онемение или покалывание				
2. Чувство тепла				
3. Неустойчивость ног				
4. Неспособность отдохнуть				
5. Страх самого страшного события				
6. Головокружение или чувство потери сознания				
7. Сердцебиение, учащенный пульс				
8. Беспокойство				
9. Испуг				
10. Нервозность				
11.Чувство удушья				
12. Дрожание рук				
13. Тремор				
14. Страх потери контроля				
15. Затрудненное дыхание				
16. Страх смерти				
17. Паника				
18. Расстройство желудка или боль в брюшной полости				
19. Чувство потери сознания				
20. Покраснение лица				
21. Потливость				

Шкала депрессии Бека

Анкета, состоящая из 21 пункта, предназначенная для определения степени депрессии.
В каждом пункте пациент обведет (от А до Х) число, которое в наибольшей степени соответствует его нынешним ощущениям, мыслям, состоянию и т.д.
Данную анкету можно заполнять периодически (например, дважды в неделю), чтобы можно было следить за депрессией.

ОЦЕНКА:

0–10 нормальное настроение
10–20 легкая депрессия
20–40 средняя депрессия,
40–60 тяжелая депрессия

Для пациентов, которые имеют оценку выше 40, маловероятно, что только когнитивная терапия будет для них эффективной.

Анкета депрессивных симптомов

Имя ____ *Дата* ________________

ИНСТРУКЦИЯ

Обведите в каждом пункте от А до Х ответ, который в наибольшей степени соответствует вашей текущей ситуации.

А 0 Я не чувствую себя грустным или несчастным.
1 Мне грустно.
2а Я постоянно грустный и не могу от этого избавиться.
2б Я очень грустный и несчастный, и меня это мучает.
3 Я настолько грустный и несчастный, что это невозможно вынести.

Б 0 Я не вижу пессимистично свое будущее.
1 Мое будущее не кажется мне слишком многообещающим.
2а У меня такое ощущение, что мне особо нечего ждать с нетерпением.
2б У меня такое ощущение, что я никогда не избавлюсь от своих проблем.
3 У меня такое ощущение, что меня ждет полностью безнадежное будущее и нет никакой надежды на улучшение.

В 0 Я не чувствую, что я в своей жизни потерпел какую-либо неудачу.
1 У меня такое ощущение, что я потерпел неудачу большую, чем на среднем уровне.
2 У меня такое ощущение, что я в своей жизни достиг очень мало значимого или ценного.
2b Если задуматься над своей жизнью, то это серия неудач.
3 У меня такое ощущение, что как человек/родитель/супруг и т.д. я полностью не состоялся.

Г 0 Не могу сказать, что я как-то особенно недоволен.
1а Большую часть времени мне скучно.
1б Многие вещи мне стали неинтересны так, как раньше.
2 Ни от чего уже не могу получать удовольствие.
3 Я абсолютно всем недоволен.

Д 0 Я особо не ощущаю чувства вины.
1 Довольно часто я чувствую себя никчемным и бесполезным.
2а У меня присутствует значительное чувство вины.
2б Сейчас я практически постоянно чувствую себя никчемным и бесполезным.
3 У меня такое ощущение, что я совершенно никчемный и бесполезный.

Е 0 Я не чувствую, что я за что-то наказан.
1 Я чувствую, что со мной может случиться что-то плохое.
2 Я чувствую, что я наказан, или, что я буду наказан.
3а Я чувствую, что я заслуживаю быть наказанным.
3б Я хочу быть наказанным.

Ж 0 Я не могу сказать, что я недоволен собой.
1а Я недоволен собой.
1б Я не люблю себя.
2 Я отношусь к себе с отвращением.
3 Я ненавижу самого себя.

З 0 Я не чувствую, что я хуже, чем кто-либо другой.
1 К своим слабым местам и недостаткам, я отношусь очень критически.
2а Я беру на себя вину за все плохое, что происходит.
2б Я ощущаю, что у меня целый ряд серьезных недостатков.

И 0 Мне никогда не приходило в голову, чтобы сделать себе больно.
1 Иногда мне приходит в голову, чтобы сделать себе больно, но я не сделал бы этого.
2а Лучше бы я умер.
2б У меня есть четкий план, как покончить с собой.
2в У меня такое ощущение, что для моей семьи будет лучше, если я умру.
3 Если бы я мог, я бы покончил с собой.

К 0 Я не плачу больше, чем обычно.
1 Я плачу больше, чем раньше.
2 В настоящее время я постоянно плачу, я не могу это остановить.
3 Раньше, я был в состоянии плакать, но теперь я не могу это сделать, даже если захочу.

Л 0 Я сержусь не более чем обычно.
1 Я сержусь или расстраиваюсь чаще, чем когда-либо.
2 Я постоянно чувствую себя раздраженным.
3 Меня не могут рассердить даже те вещи, которые раньше на меня могли действовать отрицательно.

М 0 Я не потерял интерес к другим людям.
1 Меня стали меньше интересовать другие люди, чем раньше.
2 Я практически полностью потерял интерес к другим людям, и не в состоянии проявлять к ним какие-либо чувства.
3 Другие люди меня совсем не интересуют, и я даже не думаю о них.

Н 0 Я в состоянии принимать решения также хорошо, как и раньше.
1 Я стал менее уверенным, чем раньше, и предпочитаю откладывать принятие решений.
2 Без помощи других я не в состоянии принять решение.
3 Я полностью потерял способность принимать решения.

О 0 Я не могу сказать, что выгляжу хуже, чем раньше.
1 Меня беспокоит, что я выгляжу слишком старым и непривлекательным.
2 У меня такое ощущение, что мой внешний вид постоянно меняется в худшую сторону.
3 У меня такое ощущение, что я выгляжу непривлекательно и отталкивающе.

П 0 Я способен работать также хорошо, как всегда.
1а Мне необходимо себя заставлять, когда я начинаю что-либо делать.
1б Я не работаю также хорошо, как раньше.
2 Я должен очень сильно заставлять себя для осуществления любой деятельности.
3 Я совсем не в состоянии что-либо сделать.

Р 0 Я сплю также хорошо, как обычно.
1 Я просыпаюсь утром более усталый, чем раньше.
2 Я просыпаюсь на 1-2 ч раньше, чем обычно, и затем, с трудом засыпаю.
3 Каждый день я просыпаюсь очень рано и не сплю более 5 ч.

С 0 Я не чувствую себя более усталым, чем обычно.
1 Я стал уставать быстрее, чем раньше.
2 После выполнения любой деятельности я очень устаю.
3 Я настолько устал, что не в состоянии ничего делать.

Т 0 У меня такой же аппетит, как обычно.
1 Я не чувствую вкус так, как раньше.
2 У меня сейчас аппетит намного хуже.
3 У меня полностью отсутствует аппетит.

У 0 В последнее время, я не потерял (а) вес.
1 Я похудел (а) более чем на 2 кг.
2 Я похудел (а) более чем на 4 кг.
3 Я похудел (а) более чем на 7 кг.

Ф 0 Меня не особо сильно беспокоит состояние моего здоровья.

1 Меня беспокоят различные боли, тошнота, запор и другие неприятные физические ощущения.

2 Мои физические ощущения создают мне такие трудности, что я практически не могу думать ни о чем другом.

3 Я полностью поглощен своими трудностями.

Х 0 В последнее время мой интерес к сексу не изменился.

1 В настоящее время я меньше заинтересован в сексе, чем раньше.

2 Мой интерес к сексу в настоящее время гораздо меньше.

3 Я полностью потерял интерес к сексу.

Шкала безнадежности
Hopelessness scale

Бек А.Т. и соавт. 1975

Инструкции для управления HS

А. Если пациент в состоянии читать и заполнять форму самостоятельно, скажите ему:

«Эта анкета содержит определенные утверждения (предложения). Пожалуйста, прочтите это утверждение одно за другим и впишите в форму для записи, если оно для вас ВЕРНО (В) или НЕВЕРНО (Н). На каждое утверждение отвечайте с учетом того, как вы чувствовали себя на протяжении ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ, ВКЛЮЧАЯ СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ».

Б. Если пациент нуждается в помощи при заполнении формы, скажите ему:

«Эта анкета содержит определенные утверждения (предложения). Я буду читать одно утверждение за другим. Каждый раз, когда я прочитаю предложение, я хочу, чтобы вы сказали, ВЕРНО (В) или НЕВЕРНО (Н)для вас это предложение

На каждое утверждение отвечайте с учетом того, как вы чувствовали себя на протяжении ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ, ВКЛЮЧАЯ СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ».

В этот момент, передайте пациенту копию HS и скажите:

«Вот копия для вас, теперь можем продолжать».

После каждого предложения спросите пациента:

«ВЕРНО или НЕВЕРНО данное предложение?»

Если пациент понимает инструкции, после нескольких предложений можно перестать помогать ему.

РЕЗУЛЬТАТ

Каждое утверждение обозначьте как результат «1», если ответ пациента соответствует ключу (пессимистический ответ). Максимальный пессимистичный результат ощущения «20». Противоположный ответ, чем тот, который находится в ключе результата, обозначается «0» (оптимистический ответ).

КЛЮЧ РЕЗУЛЬТАТА

1. Н	6. Н	11. В	16. В
2. В	7. В	12. В	17. В
3. Н	8. Н	13. Н	18. В
4. В	9. В	14. В	19. Н
5. Н	10.Н	15. Н	20. В

СЧЕТ:

0–3	минимальная депрессия или ее отсутствие
4–8	легкая депрессия
9–14	средняя депрессия
15 и более	тяжелая депрессия
норма	4,45 s.d. 3,09

Анкета

Эта анкета состоит из списка 20 утверждений (предложений). Пожалуйста, читайте эти утверждения внимательно, одно за другим. Если утверждение описывает ваше положение за последнюю неделю, в том числе и сегодняшний день, напишите в форму для записи В (верное). Если утверждение для вас неправдиво, напишите Н (неверное). Пожалуйста, не пропускайте и читайте все предложения.

1. Я смотрю в будущее с надеждой и энтузиазмом.
2. Я могу с легкостью сдаться, потому что я ничего не могу сделать, чтобы моя ситуация улучшилась.
3. Когда дела идут плохо, мне помогает осознание того, что так не может продолжаться постоянно.
4. Я не могу себе представить, какой может быть моя жизнь через десять лет.
5. У меня есть время доделать те дела, которые имеют для меня наибольшее значение, или которые я хочу доделать.
6. Я ожидаю, что смогу добиться успеха в том деле, которое самое важное для меня.
7. Будущее мне кажется мрачным.
8. В моей жизни иногда случается удача, и я ожидаю от жизни много хорошего.
9. У меня нет шансов получить что-либо, и нет никаких оснований полагать, что в будущем я их получу.
10. Мой существующий опыт в достаточной степени подготовил меня к будущему.
11. Все, что я представляю себе, что меня ожидает, в большей степени окажется неприятностями, вряд ли это будут приятные моменты.
12. Я не ожидаю, что смогу добиться того, чего в действительности хотел бы добиться.
13. Когда я думаю о будущем, я ожидаю, что смогу стать более удовлетворенным, чем сейчас.
14. Дела все равно не будут идти так, как бы я хотел.
15. Я верю в будущее.
16.
17. Я никогда не получу того, что хочу, так что бесполезно чего-либо желать или хотеть.
18. Маловероятно, что мне в будущем удастся удовлетворить свои желания.
19. Мое будущее кажется мне пустым и неопределенным.
20. Я ожидаю для себя скорее хорошие, чем плохие времена.
21. Действительно, не имеет смысла пытаться получить то, что хочу, потому что я все равно этого не достигну.

Ежедневное планирование и запись деятельности

Имя ______________________________ *Дата* ____________________

Для каждого вида деятельности укажите оценку успеха и удовлетворения.

Успех 0 % 25 % 50 % 75 % 100 %

Удовлетворение: 0 – Отсутствует; 1 – Слабое; 2 – Среднее; 3 – Сильное; 4 – Очень сильное

Время	План деятельности	Деятельность	Успех	Удовлетворение
6–7				
7–8				
8–9				
9–10				
10–11				
11–12				
12–13				
13–14				
14–15				
15–16				
16–17				
17–18				
18–19				
19–20				
20–21				
21–22				
22–23				
23–24				

ЗАПИСЬ МЫСЛЕЙ

Ситуация	2.Эмоции Интенсивность 1-10	3.Автоматические мысли (Представления) Убедительность 0-100 %	4.Доказательства, которые свидетельствуют за «горячую» мысль.	5. Доказательства, которые свидетельствуют «против» истинности «горячей» мысли.	6.Альтернативные/ более сбалансированные мысли Убедительность 0-100 %	7.Оценка эмоций в настоящее время Интенсивность 1-10
С кем я был (а)? Когда это было? Где это было? Что я делал (а)?	Опишите одним словом каждую эмоцию и оцените ее интенсивность по шкале от 1 до 10.	О чем я думал в тот момент, когда я начал чувствовать себя таким образом? Как это меня характеризует? Что это значит, если речь идет о других людях? О моем будущем? Что самое худшее может случиться? Какие воспоминания и представления у меня возникают?	В предыдущей колонке подчеркните ту «горячую» мысль, действи- тельность которой вы будете рассматривать. Запишите фактические доказательства, которые свидетельствуют об обоснован- ности этой мысли. В то же время, старайтесь избегать чтения мыслей и интерпретации фактов.	Задайте себе соответствующие вопросы, чтобы вы смогли найти доказательства, которые ставят под сомнение вашу «горячую» автоматическую мысль.	Задайте себе соответствующие вопросы, и создайте альтернативные или более сбалансированные мысли. По шкале от 0 до 100% оцените убедительность каждой из этих альтернативных/ более сбалансированных мыслей.	Опишите эмоции из второй колонки. Снова оцените интенсивность каждой эмоции по шкале от 1 до 10.

ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ПОМОГАЮТ НАЙТИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ ПРОТИВ «ГОРЯЧИХ» НЕГАТИВНЫХ МЫСЛЕЙ (колонка 5 Записи мыслей)

1. Есть ли у меня некоторый опыт, который показывает, что эта мысль не всегда и не при всех обстоятельствах действительна?
2. Если бы так думал мой лучший друг или кто-то, кого я люблю, что бы я ему сказал?
3. Если бы мой лучший друг или кто-то, кого я люблю, знали, что я рассуждаю таким образом, чтобы они мне сказали? На что бы они указали, чтобы предупредить меня о том, что мои мысли не являются правдивыми на 100 %?
4. Когда я не чувствую себя так, как сейчас, размышляю ли я в подобных ситуациях по-другому? Как?
5. Когда я чувствовал себя раньше подобным образом, какие мысли помогали мне почувствовать себя лучше?
6. Был ли я когда-либо раньше в подобной ситуации? Что тогда случилось? Существует ли какая-либо разница между этой ситуацией, и той, что была раньше? Какой опыт, который я получил в прошлых ситуациях, может помочь мне сейчас?

7. Существуют ли какие-либо детали, которые противоречат моим мыслям, и которые я отказываюсь принимать во внимание, учитывая тот факт, что они не кажутся мне важными?
8. Если я представлю себе, что прошло 5 лет, как я буду вспоминать об этой ситуации? Будет ли какая-либо разница в моем видении? Смогу ли я вспомнить о каком-либо другом моменте сегодняшнего события?
9. Существуют ли в этой ситуации какие-либо преимущества или положительные моменты, которые я не замечаю?
10. Не прихожу ли я безрассудно к определенным выводам в колонках 3 и 4, которые не полностью соответствуют доказательствам и фактам?
11. Обвиняю ли я себя в какой-либо ситуации, в которой я не виноват?

ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ПОМОГАЮТ НАЙТИ АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ИЛИ БОЛЕЕ СБАЛАНСИРОВАННЫЕ МЫСЛИ (колонка 6 Записи мыслей)

- Если я основываюсь на доказательствах, которые я записал в колонке 4 и 5 Записи мыслей, существует ли какой-либо другой альтернативный способ понимать и оценивать эту ситуацию?
- Напишите одну фразу, которая суммирует все доказательства, поддерживающие вашу горячую мысль (колонка 4), и второе предложение, которое вашу «горячую» мысль ставит под сомнение, учитывая все доказательства (колонка 5). Создает ли сочетание этих двух предложений, соединенных буквой «и» более сбалансированную мысль, которая учитывает всю информацию, которую вы собрали?
- Если кто-то, кого я люблю, уже был в этой ситуации, и у него возникли аналогичные мысли, и он располагал бы данной информацией, что бы я мог ему посоветовать? Как бы я посоветовал ему смотреть на эту ситуацию?
- Если моя «горячая» мысль правдива, что самое худшее может случиться? Если моя «горячая» мысль правдива, каким наилучшим образом может закончиться ситуация? Если моя «горячая» мысль правдива, каким образом вероятнее всего разрешится эта ситуация?
- Может ли кто-нибудь, кому я верю, представлять данную ситуацию по-другому, чем я?

Анкета адаптации в паре

Dyadic adjustment scale

Спеньер Г.Б., 1976

Большинство людей во многом не соглашаются со своим партнером. Полное согласие с другим человеком, наверное, даже невозможно. У отдельных пар, согласие и несогласие с мнением другого бывает различным в отдельных областях. Пожалуйста, обозначьте приблизительно в нижеприведенной анкете степень вашего согласия или несогласия в этих областях между вами и вашим партнером для каждого пункта в анкете. Пожалуйста, заполняйте данную анкету (лист для записей) в соответствии с действительностью так, как это реально происходит между вами, а не ваше представление, как это должно быть.

1. Обращение с семейными финансовыми средствами.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

2. Отдых (например, отпуск).

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

3. Религия.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

4. Проявление (выражение) чувств и эмоций.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

5. Друзья.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

6. Сексуальные отношения.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

7. Мнение по поводу правильных или приемлемых действий (конвенциальность-неконвенциальность).

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

8. Философия жизни.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

9. Способы, как ладить с родителями с обеих сторон.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

10. Цели, задачи и вещи, которые вы считаете важными.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

11. Количество времени, которое вы проводите вместе.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

12. Принятие решений относительно важных вещей.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

13. Бытовые проблемы.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

14. Интересы и деятельность в свободное время (хобби, спорт и т.д.).

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

15. Принятие решений относительно карьеры.

5	4	3	2	1	0
Всегда согласие	**Почти всегда согласие**	**Иногда несогласие**	**Часто несогласие**	**Почти всегда несогласие**	**Всегда несогласие**

16. Как часто вы говорите или думаете о разводе, расставании или прекращении отношений.

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

17. Как часто вы или ваш партнер покидаете дом после ссоры.

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

18. В общем плане – как часто вы думаете, что между вами и вашим партнером все в порядке.

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

19. Доверяете ли вы своему партнеру.

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

20. Жалеете ли вы иногда, что живете вместе с партнером или что состоите в браке.

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

21. Как часто вы ссоритесь с партнером.

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

22. Как часто вы с партнером «надоедаете друг другу».

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

23. Целуете своего партнера.

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

24. Принимаете ли вы участие в интересующей партнера деятельности, или у вас есть какая-либо деятельность, которой вы занимаетесь вместе.

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

25. Происходит ли у вас взаимообогащающий обмен мнениями?

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

26. Вы смеетесь вместе.

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

Спокойно что-либо обсуждаете.

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

28. Совместно работаете над какой-либо задачей.

5	4	3	2	1	0
Постоянно	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Никогда**

	да	**нет**
29. Бываете ли вы слишком уставшим после занятий любовью.	**0**	**1**

30. Проявляете ли вы свою любовь. **да** **нет**

0 1

31. Пункты на следующей шкале означают различную степень ощущения счастья в ваших отношениях. Средний пункт «удовлетворение» представляет степень счастья, которое в большинстве случаев присутствует почти во всех отношениях. Пожалуйста, обведите пункт, который соответствует вашему уровню счастья (удовлетворенности), когда вы принимаете во внимание все обстоятельства ваших отношений.

Крайняя неудовлетворенность	Высокая неудов-ть	Небольшая неудов-ть	Удовлетворенность	Высокая удов-ть	Значительная удовлетворенность	Идеально
0	1	2	3	4	5	6

32. Какое из следующих утверждений лучше всего описывает ваши чувства относительно будущего ваших отношений:

5 Очень хочу, чтобы наши отношения были удовлетворительными, и я готов(а) сделать для этого практически все возможное.

4 Я очень хочу, чтобы наши отношения были удовлетворительными, и я сделаю все, что посчитаю возможным.

3 Я хочу, чтобы наши отношения были удовлетворительными, и возьму это на себя.

2 Было бы хорошо, чтобы эти отношения были удовлетворительными, но я не в состоянии сделать для этого больше, чем я делаю сейчас.

1 Я буду рад(а), если эти отношения будут удовлетворительными, но я отказываюсь делать для этого больше, чем я делаю сейчас.

0 Эти отношения никогда не могут быть удовлетворительными, и не существует ничего, что я мог(ла) бы сделать, чтобы добиться успеха.

Схема автобиографии

Данная схема, которую предлагается для составления автобиографии, должна служить только в качестве основы. Области, содержащиеся в ней, опишите настолько, насколько вы их на данный момент готовы открыть перед другими членами группы. Если вы упомянете и о других аспектах, которые не обозначены в схеме, будем рады. Эта схема должна помочь вам задуматься о вашей жизни и помочь другим членам группы и терапевтической команде понять вашу жизненную ситуацию. Уровень искренности и открытости вы должны определить сами. Ни в коем случае с вашей автобиографией не будет ознакомлен никто, кроме круга терапевтов.

1. Собственное развитие в детском (дошкольном) возрасте

Что вы знаете о своем рождении, о семейной ситуации в то время, когда вы родились. Первые воспоминания, переживания семьи, как вы воспринимали отношения родителей, братьев и сестер, как вы себя чувствовали в семье, опишите существенный приятный и неприятный опыт в дошкольном возрасте, детский сад, бабушки и дедушки и более широкое родство. Отношения с другими детьми в семье и за ее пределами. Более серьезные заболевания и их переживание, или же, стрессовые события. Какие занятия вам были интересны, что вы ждали с нетерпением. Любимые игры, праздники. Рождение братьев или сестер.

2. Школьный возраст

Поступление в школу, собственные ощущения среди одноклассников, учителей, успеваемость, полученный опыт в отношениях, как с одноклассниками, так и с авторитетными людьми, интересы и увлечения, реализованные и нереализованные желания, радостные и печальные моменты, разочарования, приятели, положение в компании, отношение семьи к вашей школьной деятельности, что важного произошло в семье в течение этого периода. Черты характера матери, отца и других близких. Образ жизни семьи в этот период, семейный стиль, семейные правила, времяпрепровождение, каникулы, лагеря, круг друзей семьи и общественная жизнь семьи, социальная и финансовая ситуация. Развитие отношений с матерью, отцом, братьями и сестрами, с другими авторитетными людьми.

3. Образование или работа в период полового созревания и в подростковом возрасте

Выбор дальнейшего образования или будущей работы, отношения в период полового созревания и в подростковом возрасте, ощущения среди людей, интересы и увлечения, изменения в семейных отношениях, отношение семьи к вашему образованию, изменения в характере в подростковом возрасте, упрямство и т.д.

4. Занятость

Причины выбора профессии, содержание работы (когда и где), степень удовлетворения работой, отношения и атмосфера, конфликтные ситуации, отношение к авторитетным людям.

5. Психосексуальное развитие

Отношение к детям обоих полов, начало периода интереса к девочкам или мальчикам, источник и уровень информированности о сексуальной жизни, период полового созревания, первые знакомства, первый сексуальный опыт, проблемы в этой области, причины расставаний, эротические желания и воображения, содержание снов, отношение родителей к психосексуальной жизни. Ваши взгляды на отношения с противоположным полом.

6. Партнерство – брак

Обстоятельства знакомства, инициатива и мотивация брака или сожительства, занятость, черты характера партнера, развитие отношений, кризис и конфликты, взаимное притяжение, интенсивность удовлетворения в бытовом, эмоциональном и интимном сожительстве, разногласия во мнениях, общие черты характера партнеров, общие и различные интересы, желания и обстоятельства рождения детей, изменения в отношениях, причины и обстоятельства распада отношений. Внебрачные отношения.

7. Собственная характеристика

Преобладающие качества, преимущества и недостатки, темперамент, уровень удовлетворенности вашей ролью в семье и профессии, способность принимать решения, уверенность в себе, комплексы, сомнения, область интересов, качества, унаследованные от матери, от отца, желания и планы, мечты, что вы хотите изменить в своем характере, что вы цените в себе или что вам в себе нравится.

8. Возникновение и развитие проблем

Их подробное описание, период возникновения, взаимосвязь с внешними обстоятельствами, случайная взаимосвязь или связанная с самим характером, в каких жизненных ситуациях появляются трудности, какие положительные или отрицательные моменты имеют эти трудности, мнение по поводу возникновения данных трудностей, предыдущий опыт лечения и отношения с врачами, виды лекарственных препаратов. Нынешнее состояние.

9. Дополнение других данных

Дополните остальные данные, которые имели и имеют положительное или отрицательное влияние на эмоциональную жизнь, что вы считаете для себя самым важным и самым ценным. Все остальные данные, связанные с вашим психическим и физическим состоянием.

10. Ожидания

Ожидания от группы и от самого себя в процессе терапии, ожидания от семьи и окружающих людей в процессе терапии, ожидания от терапевтов.

Данное фундаментальное руководство по когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) – важное событие для психотерапии, психиатрии и клинической психологии. Несмотря на беспрецедентный рост популярности КБТ в России, отмечается острый дефицит современных учебников и руководств, на которые можно опираться. Это фактически первое издаваемое на русском языке современное руководство по КБТ, в котором отражены самые последние достижения данного направления психотерапии. Раздел диагностика основан на многоосевом подходе, включающем информацию от близких пациента, бихевиоральный анализ его проблем, скрупулезный когнитивный анализ, а также развернутый функциональный анализ симптоматики. Терапевтических раздел охватывает широчайший спектр психической патологии и отдельных психологических проблем, включая управление гневом, трудности эмпатии, дефициты социальных умений и навыков. Читатель впервые в столь развернутом виде сможет познакомиться с КБТ шизофрении, биполярного расстройства, разных видов тревожных расстройств, расстройств пищевого поведения. Этот ценнейшее руководство чешских специалистов будет во многом содействовать росту профессиональной психотерапевтической культуры и повышению качества помощи. Оно открывает новые возможности освоения КБТ и, безусловно, будет широко востребовано психиатрами и врачами разных специальностей, психологами и социальными работниками, специалистами смежных профессий.